

KÄTILÖIDEN KÄSITYKSIÄ PONNISTUSVAIHEEN HOIDOSTA NORMAALISSA ALATIESYNNYTYKSESSÄ

Karoliina Parkkonen
Maiju Virta

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2011

Hoitotyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) SUKUNIMI, Etunimi PARKKONEN, Karoliina VIRTA, Maiju	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 10.03.2011
	Sivumäärä 58	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi		
KÄTILÖIDEN KÄSITYKSIÄ PONNISTUSVAIHEEN HOIDOSTA NORMAALISSA ALATIESYNNYTYKSESSÄ		
Koulutusohjelma		
Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) SUKUNIMI, Etunimi RYTTYLÄINEN-KORHONEN, Katri; MANNINEN Helena; TIAINEN, Elina		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala Tampereen yliopistollinen sairaala		
Tiivistelmä		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Keski-Suomen keskussairaalan ja Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysyksiköissä työskentelevien kätilöiden toimintaa normaalin synnytyksen ponnistusvaiheessa ja heidän käsityksiään normaalia alatiesynnytystä edistävistä käytännöistä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää syntymän hoitoa koskevia hoitokäytäntöjä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää laadittaessa paikallisia normaalin synnytyksen hoito-ohjeita.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusosa toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä strukturoitua sähköistä kyselylomaketta, joka sisälsi yhden avoimen kysymyksen. Aineisto analysoitiin tilastollisesti frekvensseinä ja prosenttiosuuksina, ja avoimen kysymyksen vastaukset määrällisellä sisällön analyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan kätilöt edistivät normaalia synnytystä muun muassa antamalla synnyttäjälle tietoa eri ponnistusasennoista ja kivunlievitysmenetelmien vaikutuksista asentojen valintaan, suojelemalla välilihaa ja käyttämällä episiotomiaa valikoiden. Kätilöiden käsityksen mukaan normaalia synnytystä edistäviä käytäntöjä ovat myönteisen yhteistyösuhteen muodostaminen, synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukeminen, liikkumaan kannustaminen ja perustarpeista huolehtiminen. Kätilöiden tulee motivoida synnyttäjää aktiivisemmin erilaisten ponnistusasentojen kokeilemiseen ja tarjota erilaisia välineitä mieheisen ponnistusasennon löytämiseksi. Ponnistamisen ohjauksessa tulee suosia aikaisempaa enemmän naisen omien tuntemusten mukaan tapahtuvaa ponnistamista ja kätilöiden tulee olla mahdollisimman paljon läsnä synnytyshuoneissa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Synnytys, matalan riskin synnyttävä, normaali synnytys, ponnistusvaihe		
Muut tiedot		



Author(s) LAST, First PARKKONEN, Karoliina VIRTA, Maiju	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 10.03.2011
	Pages 58	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title MIDWIVES' NOTIONS ON THE CARE OF THE SECOND STAGE OF A NORMAL CHILDBIRTH		
Degree Programme Degree Programme in nursing		
Tutor(s) LAST, First RYTTYLÄINEN-KORHONEN, Katri; MANNINEN Helena; TIAINEN, Elina		
Assigned by Central Finland Central Hospital Tampere University Hospital		
Abstract <p>The purpose of the thesis was to describe the actions in the second stage of labour of a normal childbirth by midwives who worked in the maternity units of Central Finland Central Hospital and Tampere University Hospital. Moreover, the thesis also examined their opinions on the practices that would advance normal childbirth. The main goal was to produce information which would enhance the development of the care practices related to childbirth. The results of thesis can be used when making local regimens for normal labour.</p> <p>The research part of the thesis was implemented as quantitative research. The material for the research was collected by using a structured electronic questionnaire which included one open question. The data was analysed statistically as frequencies and percentages, and the answers of the open question with a quantitative content analysis.</p> <p>The research results show that midwives advance normal labour, for example, by giving information to the parturient about different pushing positions and about the influence of pain relief methods on choosing the positions, by protecting the perineum and by using episiotomy carefully. According to the midwives, factors that enhance normal childbirth are creating a positive cooperation relation, supporting the natural course of childbirth, encouraging the parturient to move and taking care of basic needs. Midwives should motivate the parturient to try different pushing positions actively and offer different equipment in order to find a pleasant position. In the directing of pushing, midwives should allow it to happen according to the feelings of the parturient more than before. Moreover, they should be present in the labour rooms as much as possible.</p>		
Keywords Labour, Low-risk parturient, Normal Birth, The second stage of labour		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 NORMAALI SYNNYTYKS.....	5
2.1 Matalan ja korkean riskin synnyttäjät.....	6
2.2 Synnytyksen vaiheet.....	8
3 KÄTILÖTYÖ PONNISTUSVAIHEEN AIKANA.....	9
3.1 Ponnistusajankohdan valinta.....	9
3.2 Ponnistustekniikka ja ponnistamisen ohjaus.....	9
3.3 Ponnistusasento.....	10
3.4 Ponnistusvaiheen kesto.....	12
3.5 Välilihan hoito, repeämät ja episiotomia.....	13
3.5.1 Välilihan hoito.....	13
3.5.2 Välilihan repeämät.....	15
3.5.3 Episiotomian käyttö syntymän hoidossa.....	16
3.6 Kätilö synnyttäjän tukijana.....	19
3.7 Yhteenvedo ponnistusvaiheen hoitoa käsittelevistä suosituksista.....	21
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	24
5.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu.....	24
5.2 Kyselylomakkeen laadinta.....	25
5.3 Aineiston analyysi.....	26
6 TULOKSET	27
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	27
6.2 Kätilöiden toiminta ponnistusvaiheen aikana normaalissa synnytyksessä	27
6.2.1 Ponnistusajankohdan valinta	27
6.2.2 Ponnistusasentojen ohjaaminen.....	28
6.2.3. Ponnistustekniikan ohjaaminen	29
6.2.4. Välilihan hoito ja episiotomia	30
6.3 Kätilöt normaaliuden edistäjinä.....	34
7 POHDINTA.....	37
7.1 Tulosten tarkastelu	37
7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	42
7.3 Johtopäätökset ja kehittämissaasteet	45
7.4 Jatkotutkimusaiheet	46

LÄHTEET.....	47
---------------------	-----------

LIITTEET	52
-----------------------	-----------

Liite 1. Saatekirje	52
---------------------------	----

Liite 2. Kyselylomake	53
-----------------------------	----

Liite 3. Kyselylomakkeen kysymysten perustelut.....	57
---	----

KUVIOT

KUVIO 1. Kätilöiden (n= 55) käsitykset ponnistusajankohdan valinnasta.....	28
--	----

KUVIO 2. Kätilöiden (n= 55) käsitykset eri ponnistusasentojen ohjaamisesta.....	29
---	----

KUVIO 3. Kätilöiden (n= 55) käsitykset ponnistustekniikasta	30
---	----

KUVIO 4. Kätilöiden (n= 55) käsitykset välilihan hoidosta ja episiotomiasta	31
---	----

KUVIO 5. Tärkeimmät välilihan hoidon ja suojelun keinot kätilöiden työskentelyssä	32
---	----

KUVIO 6. Yleisimmät episiotomian indikaatiot kätilöiden työskentelyssä.....	33
---	----

KUVIO 7. Normaalaa synnytystä edistävien käytäntöjen pääluokat ja niiden alaluokat.....	34
---	----

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Välilihan repeämien luokittelu.....	16
---	----

TAULUKKO 2. Yhteenveto ponnistusvaiheen hoitoa käsittelevistä suosituksista	21
---	----

1 JOHDANTO

Synnytyksen yhä medikalisoituessa normaalin synnytyksen määrittelystä on tullut entistä tärkeämpi asia kättilötyössä. Sen määrittelemine ei kuitenkaan ole helppoa. Joillekin sana *normaali* tarkoittaa luonnollista, kun taas toisille se merkitsee yleistä. Osa katsoo normaalin synnytyksen tarkoittavan lapsen luonnollista syntymää ilman interventioita, kun taas toisille se on alatiesynnytys epiduraalipuudutuksessa. Käsitys normaaliudesta vaihtelee siis ajan ja kulttuurin mukaan. (Waldenström 2007, 175–176.) Käsitteen määrittely on kuitenkin välttämätöntä asettaessa kättilötyön asiantuntijuusalueita, työn peruseriaatteita sekä synnyttäjän hoidonlaatua (Gould 2000, 418). Suomessa kättilön tehtäviin kuuluu hoitaa normaali alatiesynnytys itsenäisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 64). Synnytysyksiköiden määrän vähenemisen ja synnytysten keskittämisen (ks. Virtanen 2010, 3) myötä yleistynyt medikalisaatio voi johtaa kuitenkin tilanteisiin, jolloin normaalisyntymykseen puututaan useammin ilman lääketieteellistä syytä aiheuttaen haittavaikutuksia sekä synnyttäjän että syntyvän lapsen terveyteen (Johtaako synnytyslaitosten raju supistaminen synnytysten järjestelmälliseen ajastamiseen lääkkeillä? 2010). Suomessa ei toistaiseksi ole kansallista hoitosuosituksia matalan riskin synnytyksen hoidosta, vaikka sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2007–2011 suositellaan sen laatimista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 84).

Kättilötyön tulee olla näyttöön perustuvaa. Tämä tarkoittaa sitä, että kaiken toiminnan on perustuttava teoreettiseen, tutkittuun tietoon tai kokemuksesta saatuun näyttöön. Kättilön on jatkuvasti kättilötyötä tehdessään kysyttävä, mihin toiminta pohjautuu ja tarkasteltava toimintatapojaan kriittisesti. (Pienimaa 2007, 29.) Eettiseen osaamiseen kuuluu, että kättilö ottaa vastuun oman kehittymisen lisäksi myös kättilötyön kehittämisestä (Väyrynen 2007, 32). Kättilöt ovat vastuussa oman toimintansa kehittämisestä uusimpaan tutkimustietoon perustuvaksi. Edellytyksenä toimintatapojen muutokselle on valmius kyseenalaistaa käytössä olevat toimintatavat ja tarvittaessa etsiä uutta tietoa niiden kehittämiseksi. (Ryttyläinen 2009, 23.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Keski-Suomen keskussairaalan ja Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysyksiköissä työskentelevien kättilöiden toimintaa normaalin synnytyksen ponnistusvaiheessa ja heidän käsityksiään normaalia alatiesynny-

tystä edistävästä käytännöistä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää syntymän hoitoa koskevia hoitokäytäntöjä. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää valmistumassa olevan valtakunnallisen hoitosuosituksen (Synnyttäjän hoito alatiesynnytyksen ponnistusvaiheessa – hoitotyön suositus) ohella laadittaessa paikallisia normaalin synnytyksen hoito-ohjeita. Opinnäytetyössä käsitteellä *normaali synnytys* tarkoitetaan niitä synnytyksiä, joissa synnyttävä nainen kuuluu matalan riskin synnyttäjiin. Työssä käytetään rinnakkain termejä ponnistusvaihe ja synnytyksen toinen vaihe. Ponnistusvaiheen osalta käsiteltäviä aihealueita ovat: ponnistusajankohdan valinta, ponnistustekniikka ja -asennot, synnytyksen toisen vaiheen kesto, välilihan hoito ja episiotomia eli välilihan leikkaus sekä kättilö synnyttäjän tukijana.

2 NORMAALI SYNNYTYS

Maailman terveysjärjestö WHO (1996) on määritellyt hoitosuosituksessa ”Care in Normal Birth: a practical guide” kriteerit, joiden mukaan synnytystä voidaan pitää normaalina. WHO:n määritelmän mukaan synnytys on normaali, jos se käynnistyy itsestään ja pysyy matalan riskin synnytyksenä avautumis- ja ponnistusvaiheen ajan. Lisäksi lapsen tulee syntyä spontaanisti raivotarjonnassa raskausviikoilla 37–42 ja synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin. (WHO 1996, 3.) Myös Gould (2000) on koonnut artikkeliinsa määritelmän normaalista synnytyksestä. Määritelmä on suurelta osin yhtenevä WHO:n kanssa. Lisähuomioina Gould (2000) mainitsee seuraavat asiat: lapsivesi on väriltään normaalia sekä istukka ja kalvot ovat ehjät. Hänenkin mukaan synnytyksen tulee käynnistyä spontaanisti, mutta WHO:n määritelmästä poiketen se voi tapahtua raskausviikoilla 37–43. (Gould 2000, 421.)

ARM (Association of Radical Midwives) on motivoituneista kättilöistä muodostunut ryhmä, joka kannattaa luonnollista syntymää. Ryhmä määrittelee normaalin synnytyksen ensisijaisesti luonnolliseksi tapahtumaksi ilman toimenpiteitä. Ryhmän jäsenet ovat kuitenkin sitä mieltä, ettei tiettyjen toimenpiteiden suorittaminen tee synnytyksestä automaattisesti epäsäännöllistä. Näitä toimenpiteitä ovat muun muassa kalvojen puhkaisu, synnytyksen lääkkeellinen käynnistäminen, suonensisäinen oksitosiini, episiotomia sekä ohjattu ponnistaminen. Heidän määritelmänsä mukaan synnytystä voidaan pitää normaalina, mikäli synnyttävä itse kokee synnytyksen normaaliksi ja se vastaa hänen odotuksiaan. (Gould 2000, 419–420.) MCWP (Maternity Care Working Party) on Iso-Britanniassa useista lääkäri- ja kättilöjärjestöistä muodostunut ryhmä, joka pyrkii toiminnallaan lisäämään normaalisyntytysten määrää. MCWP:n määritelmän mukaan normaalisyntyminen käynnistyy itsestään ja lapsi syntyy spontaanisti alateitse ilman instrumentteja. Heidän mukaan synnytyksessä ei käytetä paikallis-, epiduraali- tai spinaalipuudutusta ennen synnytystä eikä sen aikana. (The Maternity Care Working Party 2007, 1.)

Määriteltäessä normaalia synnytystä on otettava huomioon kaksi tekijää: raskauden riskistatus sekä synnytyksen kulku. Riskin arviointi ei ole kertaluonteista, vaan arviointi jatkuu läpi raskauden ja synnytyksen. Tämä tarkoittaa sitä, että koska tahansa synnytyksen aikana voi ilmetä komplikaatioita, joiden vuoksi synnytys voidaan joutua

siirtämään lääketieteellisesti korkeammalle hoidon tasolle. Synnytyksen normaalius saadaan siis selville vasta synnytystapahtuman päätyttyä. (WHO 1996, 3.) Raskauden ja synnytyksen normaaliuden tukeminen on tärkeää, koska se osallistaa naista päätöksentekoon ja hallinnan tunteen ylläpitämiseen synnytyksen aikana (Kennedy 2000, 4).

Suomen Kättilöliitto ry:n tavoitteena on edistää synnytysten normaaliutta. Kättilöliiton käsityksen mukaan normaaliuteen pyritään puuttumalla mahdollisimman vähän synnytyksen luonnolliseen kulkuun. Käytännössä normaaliutta tukeva toiminta toteutuu niinä hoitotoimina, joita kättilö toteuttaa sekä vaihtoehtoina, joita hän esittää synnyttäjän valittavaksi (Suomen Kättilöliitto ry. 2008, 3). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaisemien tilastojen mukaan keisarileikkausten määrä on pysynyt Suomessa samalla tasolla viimeiset kymmenen vuotta (vuonna 2009 15,5 %), kun taas imukupisynnytysten määrä on kasvanut. Vuosina 2008–2009 imukupisynnytysten osuus kaikista synnytyksistä oli 8,4 %. Vuosina 2008–2009 lähes 90 % synnyttäjistä turvautui synnytyksen aikana vähintään yhteen kivunlievitysmenetelmään. Kivunlievitysmenetelmistä erityisesti epiduraalipuudutuksen käyttö on yleistynyt: vuosina 2008–2009 noin 45 % kaikista alakautta synnyttäneistä käytti epiduraalia ja ensisynnyttäjistä tätä kivunlievitysmenetelmää käytti jopa hieman yli 71 %. (Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008–2009, 2010.) Vuoden 2009 tilastojen mukaan 18,1 % synnytyksistä käynnistettiin, kalvot puhkaistiin lähes puolessa (49,7 %) tapauksista ja synnyttäjistä 37,8 %:n supistuksia voimistettiin oksitosiinilla (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009, 2010). Näin ollen määrittelytavasta riippuen vain pieni osa synnytyksistä on normaaleja. Jos kättilö on kuitenkin vain normaalin synnytyksen hoitaja, ongelmaksi muodostuu käsitteen rajaaminen. (Waldenström 2007, 175–176.)

2.1 Matalan ja korkean riskin synnyttäjä

WHO:n (1996) suositusten mukaan jokaisen raskauden aikana tulisi määrittää, kuuluuko raskaana oleva matalan vai korkean riskin synnyttäjiin. Suositusten mukaan riskien kartoitus tulee aloittaa jo äitiyshuollossa peruskysymyksin (ikä, paino, synnyttäneisyys, edellisten raskauksien ja synnytysten kulku, sikiöiden lukumäärä, perussairaudet). Näin voidaan jo etukäteen suunnitella synnytystä. Riskin arviointi ei kuitenkaan ole kertaluonteista, vaan se jatkuu läpi raskauden ja synnytyksen. Mikäli riskitekijöitä ei ole ja synnytys on alkanut spontaanisti raskausviikoilla 37–42, voidaan syn-

nyttäjä WHO:n mukaan luokitella kuuluvaksi matalan riskin ryhmään. (WHO 1996, 2-3.) Myös Suomen Kättilöliitto ry katsoo, että naiset tulisi jo raskauden aikana jakaa matalan ja korkean riskin synnyttäjiin. Näin toimiessa edistettäisiin normaalia alati synnytystä. Tällä hetkellä Suomessa synnytyksiä kuitenkin hoidetaan aivan kuin kaikki synnyttäjät kuuluisivat korkean riskin ryhmään, vaikka suurin osa heistä on matalan riskin synnyttäjiä. (Synnytykset medikalisoitumassa - erilaisten synnytysinterventioiden määrä kasvamassa 2008, 131.)

Raskauden ja synnytyksen aikana naisen elimistön toiminnassa tapahtuu monia muutoksia, jotka asettavat raskaana olevan eräänlaiseen stressitilaan. Joidenkin naisten keho kestää raskauden tuomat muutokset toisia paremmin. On myös olemassa ennalta tiedettyjä taustatekijöitä, jotka nostavat raskaana olevan korkean riskin synnyttäjäksi. Eskola ja Hytönen (2002) määrittelevät teoksessaan riskitekijäksi synnyttävän naisen iän. Tämän mukaan riskisynnyttäjiä ovat 35-vuotiaat ensisynnyttäjät tai yli 40-vuotiaat uudelleen synnyttäjät, myös nuoret alle 20-vuotiaat kuuluvat heidän luokittelussaan riskiryhmään. Muita riskitekijöitä ovat huomattava yli- tai alipaino tai alkoholin, tupakan tai muiden päihteiden käyttö, krooniset sairaudet, kuten esimerkiksi sydämen, munuaisten tai kilpirauhasen häiriöt tai epilepsia sekä poikkeava obstetrinen historia, kuten aiempi ennenaikainen synnytys tai ahdas lantio. (Eskola & Hytönen 2002, 149–150.) Uotilan (2007a, 327) mukaan riskiraskaudesta on kyse silloin, kun raskauteen liittyy korostunut riski erilaisista äidille, sikiölle tai syntyvälle lapselle aiheutuvista ongelmista.

Raskauden aikana voi ilmetä tilanteita, joissa nainen siirtyy matalan riskin synnyttäjistä korkean riskin ryhmään. Näitä tiloja tai tilanteita ovat, pre-eklampsia, ennenaikaisen synnytyksen riski, monisikiöinen raskaus, verenvuodot tai raskaushepatoosi sekä sokeriaineenvaihdunnan häiriöt. (Ihme & Rainto 2008, 104.) Paanasen, Pietiläisen, Raussi-Lehdon, Väyrysen ja Äimälän (2007) toimittamassa Kättilötyön oppikirjassa sekä Ylikorkalan ja Kauppilan (2004) Naistentaudit ja synnytykset teoksessa mainitaan kyseisten tilanteiden lisäksi raskaudenaikaiset infektiot, äidin veriryhmä- ja muut immunisaatiot sekä sikiön kasvun hidastuma (ks. Paavonen 2007, 392–398; Stefanovic 2007a, 193–194; Stefanovic 2007b, 368–375; Ämmälä 2004, 542–565; Ekblad 2004, 462–467; Erkkola 2004, 468–478). Erityisiä matalan riskin raskauden, synnyttäjän tai synnytyksen kriteereitä ei ole Suomessa julkaistu. Suomessa keskus- ja

yliopistosairaalat ohjaavat äitiysneuvoloita riskiraskauksien tunnistamisessa. Riskeistä huolimatta moni nainen, joka luokitellaan kuuluvaksi korkean riskin synnyttäjiin saat-
taa synnyttää täysin normaalisti, kun taas matalan riskin ryhmään kuuluva voi tarvita huomattavasti enemmän hoitoa (WHO 1996, 2).

2.2 Synnytyksen vaiheet

Synnytyksen ensimmäinen vaihe eli **avautumisvaihe** alkaa säännöllisten supistusten alettua. Avautumisvaihe voidaan jaotella vielä latenssivaiheeseen ja aktiiviseen avautumiseen. Latenssivaiheessa supistukset ovat epäsäännöllisiä ja tulevat harvakseltaan, kun taas aktiivisen vaiheen merkinä ovat kivuliaat ja tiheät supistukset. Avautumisvaihe päättyy silloin, kun kohdunsuu on täysin auki ja nainen tuntee ponnistamisen tarpeen. Avautumisvaihe on synnytyksen vaiheista pisin, kestäen ensisynnyttäjillä noin 12–18 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä 8–12 tuntia. (Raussi-Lehto 2007, 210–213.)

Synnytyksen toinen vaihe eli **ponnistusvaihe** alkaa kohdunsuun ollessa täysin auki ja päättyy lapsen syntymään. Ponnistusvaiheen alkaessa tarjoutuva osa on näkyvissä, jolloin sikiön pää on matalalla loukossa (korkeus vähintään 2 cm spinatason alapuolella), sikiö on kääntänyt lakisauman suoraan mittaansa ja samalla pää painaa äidin perineumia eli välilihaa. (Raussi-Lehto 2007, 253; Liukkonen, Heiskanen, Lahti & Saarikoski 1998, 29.) Synnytyksen toinen vaihe sisältää laskeutumisvaiheen ja aktiivisen ponnistusvaiheen. Laskeutumisvaiheessa äidillä ei useinkaan ole ponnistamisen tarvetta heti, vaan sikiön laskeutuminen synnytyskanavassa käynnistää ponnistustarpeen. Aktiivisessa ponnistusvaiheessa synnyttaja ponnistaa supistusten aikana joko omien tuntemustensa mukaan tai ohjattuna. Ponnistusvaiheen kesto lasketaan alkaneeksi aktiivisen ponnistamisen aloittamisesta. (ks. RCM 2008.) Ensisynnyttäjillä ponnistaminen kestää tavallisesti noin ½–1 tuntia, kun taas uudelleen synnyttäjillä toisen vaiheen kesto on noin 15–30 minuuttia (Raussi-Lehto 2007, 253; Liukkonen ym. 1998, 29).

Jälkeisvaiheessa eli synnytyksen kolmannessa vaiheessa istukka ja kalvot poistuvat kohdusta. Jälkeisvaihe alkaa lapsen syntymästä ja loppuu jälkeisten syntymiseen. Synnytyksen jälkeen äitiä ja vastasyntyntä tarkkaillaan noin parin tunnin ajan synnytyssalissa ennen vierihoidon osastolle siirtymistä. (Raussi-Lehto 2007, 262, 266–267.)

3 KÄTILÖTYÖ PONNISTUSVAIHEEN AIKANA

3.1 Ponnistusajankohdan valinta

Synnytyksen kulkua voidaan arvioida ulkotutkimuksen avulla ja synnytyksen eteneminen voidaan varmistaa sisätutkimuksella tai silmin, mikäli tarjoutuva osa on jo nähtävissä. Siirtyminen ponnistusvaiheeseen näkyy usein myös naisen eleistä, ilmeistä tai puheesta. Lisäksi synnyttäjä tuntee tavallisesti voimakasta tarvetta ponnistaa. Aina ponnistamisen tarve ei kuitenkaan suoraan korreloi kohdunsuun tilanteeseen, vaan nainen saattaa jo hyvin varhain tuntea voimakasta tarvetta ponnistamiselle. Mikäli synnyttäjä tuntee sietämätöntä tarvetta ponnistaa ja kohdunsuu on avautunut yli 8 cm, hän voi työntää kuitenkin väsyttämättä itseään. Toisaalta osa synnyttäjistä ei tunne ponnistamisen tarvetta lainkaan edes kohdunsuun ollessa täysin auki esimerkiksi epiduraali- tai spinaalipuudutuksen vuoksi. (Enkin, Kreise, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett & Hofmyer 2000, 289–290.)

WHO:n (1996, 24) suositusten mukaan ei ole tieteellistä näyttöä siitä, että äitiä tulisi ponnistuttaa välittömästi, vaan tarvittaessa voidaan odottaa lapsen laskeutumista synnytyskanavassa. Edellytyksenä on kuitenkin sikiön ja äidin hyvä vointi. Viivästyneellä ponnistamisella ei ole osoitettu olevan haitallisia vaikutuksia vastasyntyneelle, kun taas varhain ponnistamaan alkaneilla pihtisynnytykset ovat yleisempiä. (WHO 1996, 24).

3.2 Ponnistustekniikka ja ponnistamisen ohjaus

Enkin ja muut (2000) sekä WHO (1996) tuovat esille kaksi erilaista ponnistamistekniikkaa. Toinen toimintapa suosii synnyttäjän spontaania ponnistamista ja toinen ohjattua toimintaa. Toimiessaan itseohjautuvasti, synnyttäjä suorittaa yhden supistuksen aikana keskimäärin 3-5 melko lyhyttä (4-6 sekuntia kestävä) ponnistusta. Toinen tapa puolestaan tarkoittaa ohjattua ponnistamista, jossa synnyttäjä pidättää henkeään työntäen kerrallaan noin 10–30 sekunnin ajan (ns. Valsalva-metodi). Tutkittua tietoa eri tekniikoista on rajallisesti, mutta toimintamalleista jälkimmäisen tavan mukaan toimit-

taessa ponnistusvaiheen on osoitettu olevan kestoltaan keskimäärin hieman lyhyempi. Toisaalta kyseisellä tavalla toimittaessa hengityksen pidättämisestä johtuva hapenpuute voi aiheuttaa muutoksia sydämen sykkeessä ja iskutilavuudessa ja näin vahingoittaa äidin ja sikiön välistä kaasujen vaihtoa. Ohjatusti ponnistaneiden äitien lapsilla on tavattu enemmän matalia Apgar-pisteitä sekä heikompia napanuoran pH-arvoja. (Enkin ym. 2000, 290–291; WHO 1996, 24–25.) WHO (1996, 35) määrittelee ohjatun, koko ajan tapahtuvan ponnistamisen käytännöksi, joka on selvästi haitallinen tai tehoton ja joka tulisi poistaa.

The Royal College of Midwives edistää Iso-Britanniassa normaalia synnytystä ja he julkaisivat normaalisynnytyksen hoitosuosituksen vuonna 2005. Suositus on päivitetty kolme vuotta myöhemmin. RCM:n (2008) mukaan useiden tutkimusten (NICE 2007; Bloom ym. 2005; Sleep 1990) perusteella ei ole olemassa näyttöä, että naista tulisi ohjata siitä, milloin ja miten hänen täytyy ponnistaa. Ohjaaminen hengityksen pidättämiseen ponnistaessa voi olla jopa haitallista. Naista tulisikin kannustaa noudattamaan ja seuraamaan omaa tarvettaan ponnistamiseen. (RCM 2008, 16.) Sampselle ja Hines (1999, 36) osoittavat spontaanin ponnistamisen ilman kättilön ohjeita vähentävän välilihan repeämiä. Vallimies (1989, 35–36) esittelee pro gradu-tutkielmassaan, että kevyellä ja lyhytkestoisella ponnistamisella on yhteys episiotomian vähäisempään käyttöön. Saman toteaa myös Räisänen (2007, 75) pro gradu-tutkielmassaan ensi- ja uudelleensynnyttäjien osalta.

3.3 Ponnistusasento

Perinteisesti nainen on saanut toimia synnytyksen aikana omien tuntemustensa mukaan ja ponnistaa synnytyksessä itselleen luontevimmassa asennossa. Euroopassa naiset ovat synnyttäneet vuosisatojen ajan selinmakuulla. Sama tapa vakiintui myös Suomeen sairaalasyntyysten myötä. (Rautaparta 2003, 54.) Usein naiset valitsevat sen asennon, mitä heiltä odotetaan ja yleisin mielikuva on synnyttäjän makuullaan sängyssä (RCM 2008, 13).

Selällään makuuttaminen on vakiintunut osittain mukavuussyistä, vaikka sen on todettu olevan epäedullista sekä synnyttäjälle että syntyvälle lapselle. Selinmakuulla naisen

kiputuntemukset voimistuvat. Samalla synnytyksen kulku saattaa hidastua, sillä synnytyskanava kaareutuu ylöspäin, eikä painovoimasta ole juurikaan apua. Pitkäaikainen selinmakuu on haitallista sikiön hyvinvoinnille kohdun painaessa suuria verisuonia, jolloin sikiön hapensaanti heikentyy. (Rautaparta 2003, 54.) Synnyttäjän ohjaaminen rutiinisti makuaasentoon kuuluukin WHO:n (1996, 34) mukaan käytäntöihin, jotka ovat selvästi haitallisia tai tehottomia ja jotka tulisi poistaa. Suomessa selällään makuuttaminen on nykyisin harvinaista ja yleisemmin käytetään puoli-istuvaa ponnistusasentoa.

WHO:n ja RCM:n mukaan useat tutkimukset ovat osoittaneet pysty- tai kylkiasennon olevan selällään makuuta parempi vaihtoehto synnytyksen toisessa vaiheessa (RCM 2008, 13; WHO 1996, 26). Erityisesti pystyasennon on osoitettu aiheuttavan synnyttäjälle vähemmän kipua, välilihan traumoja ja haavainfektioita sekä ongelmia ja epämuovuutta ponnistaessa (WHO 1996, 26). Myös RCM toteaa tutkimuksiin (De Jonge ym. 2004; Gupta & Hofmeyr 2004) perustuen pystyasennon vähentävän episiotomioiden tarvetta ja kylkiasennon puolestaan suojelevan välilihaa (RCM 2008, 13). Samanlaisia tutkimustuloksia sai myös Räisänen (2007) selvittäessään lateraalisen episiotomian käyttöä synnytyksen hoidossa. Hänen mukaansa episiotomia vältetään useammin, mikäli nainen synnyttää kylki-, kyykky- tai konttausasennossa tai istuen. (Räisänen 2007, 69) Ponnistusvaiheen aikana pystyasentoa käyttävien äitien sikiöillä todettiin vähemmän ongelmia sydämensykkeessä ja napanuoran pH-arvoissa (WHO 1996, 26).

Vaikka pystyasennon on osoitettu olevan suotuisa sekä äidille että sikiölle, liittyy siihen myös riskejä. WHO (1996, 26), Enkin ja muut (2000, 292) sekä RCM (2008, 13) tuovat esille, että pystyasento saattaa lisätä riskiä toisen ja kolmannen asteen repeämiin sekä verenvuotoihin. RCM:n (2008) mukaan synnytysjakkaran käytön on havaittu olevan altistava tekijä 3. ja 4. asteen eli peräaukon sulkijalihaksen repeämille (RCM 2008, 13). WHO:n (1996) suositusten mukaan syynä lisääntyneeseen verenvuotoon saattaa olla lantion alueen suoniin kohdistuva voimakas paine. Toisaalta verenvuodon määrä saatetaan saada arvioitua tarkemmin. (WHO 1996, 26.)

Suonensisäiset infuusiot ja kivunlievityksenä käytetyt puudutukset saattavat vaikuttaa naisen liikkumiseen ja asentojen vaihteluun. Tämän vuoksi synnyttäjälle tulee kertoa

toimenpiteiden vaikutuksista hänen tehdessään valintaa. Myös ympäristöllä on vaikutusta naisen aktiivisuuteen. Synnytyshuoneissa tulisi olla tarjolla erilaisia kalusteita ja välineitä, jotka rohkaisevat naisia kokeilemaan erilaisia synnytysasentoja. (RCM 2008, 13.) De Jongen ja Lagro-Janssenin tutkimuksen (2004, 47) mukaan kättilön antamalla ohjauksella ja tuella on merkittävin vaikutus synnyttäjän asennon valintaan. Johtopäätöksenä asennon vallinnalle on, että synnyttäjän tulisi saada itse valita missä asennossa hän haluaa lapsensa synnyttää. Naista tulisi ohjata eri vaihtoehtojen kokeilemisessä ja kannustaa olemaan asennossa, joka on hänelle sekä sikiölle mieluisin, lukuun ottamatta supiinasentoa. (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, 47; WHO 1996, 26–27.)

3.4 Ponnistusvaiheen kesto

Synnytyksen toinen vaihe mielletään usein riskialteimmaksi ajaksi sikiölle. Tästä syystä useissa maissa ponnistusvaiheelle on määritelty enimmäiskesto-aika. (WHO 1996, 25.) WHO:n (1996, 26) mukaan aktiivisen ponnistamisen jatkuessa ensisynnyttäjillä yli kaksi tuntia ja uudelleen synnyttäjillä yli tunnin mahdollisuudet alatiesynnytykseen heikkenevät ilman siihen puuttumista. Keski-Suomen keskussairaalan säännöllisen synnytyksen hoito-ohjeissa todetaan, että synnytyksen toinen vaihe voi kestää jopa 2-3 tuntia. Synnytyksen tulee kuitenkin edistyä ja sikiön sydänäänten tulee olla normaalit. Tunnin aktiivisen ponnistamisen jälkeen synnytystä hoitavan kättilön tulee tehdä tilannearvio ja ottaa tarvittaessa yhteys lääkäriin. (Kiviniemi, Leinonen & Haasanen 2004.)

Jotkin tilastolliset yhteydet ovat osoittaneet, että pitkittynyt synnytyksen toinen vaihe on yhteydessä ei-toivottuihin tuloksiin, kuten perinataalikuolleisuuteen, vastasyntyneen sairastuvuuteen ja synnytyksen jälkeisiin verenvuotoihin. Perusteluja ei kuitenkaan ole riittävästi, jotta ponnistusvaiheen pituuden voitaisiin osoittaa olevan juuri välttämätön suure kyseisissä tapauksissa. (Enkin ym. 2000, 292–293.) Suomalaisessa pro gradu -tutkimuksessa pitkittyneen ponnistusvaiheen todetaan olevan yhteydessä lisääntyneeseen episiotomian käyttöön ensisynnyttäjillä (Räisänen 2007, 74). Pitkittyneen ponnistusvaiheen taustalla voi olla esimerkiksi sikiön tarjontavirhe, kohdun supistusheikkous tai lantion epäsuhta. Näissä ponnistusvaiheeseen puuttuminen voi olla

aiheellista. Mikäli synnytys kuitenkin edistyy ja äidin sekä sikiön vointi sen sallivat, ei ponnistusvaihetta tulisi suotta saattaa päätökseen instrumentaalisin keinoin. (Enkin ym. 2000, 293; WHO 1996, 25.)

3.5 Välilihan hoito, repeämät ja episiotomia

3.5.1 Välilihan hoito

Välilihan hoitoa pidetään erittäin tärkeänä. Repeämät ja välilihan traumat voivat aiheuttaa huomattavaa haittaa äitiyden varhaisille vaiheille sekä pahimmillaan kuukausia tai jopa vuosia kestäviä ongelmia. Synnytykseen liittyvät välilihan traumat voivat olla spontaanisti tapahtuneita repeämiä tai ne voivat aiheutua episiotomiasta. (Enkin ym. 2000, 294.)

Välilihaa voidaan hoitaa ja suojella erilaisten välilihan tukemistekniikoiden avulla. Vakiintuneita tukemistekniikoita katsotaan olevan neljä: **hands on** (mm. Laine, Pirhonen, Rolland & Pirhonen 2008, 1054; Costa & Riesco 2006, 106–107), **hands off** (mm. Costa & Riesco 2006, 106–107), **hands poised** (mm. Albers 2003) ja **Ritgen`s manoeuvre** (mm. Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinart 2009, 2; Jönsson, Elfaghi, Rydhström & Herbst 2008, 213). **Hands on** -tekniikkaa käyttäessä kätilö kontrolloi toisella kädellä sikiön pään syntymänopeutta toisen käden tukiessa välilihaa (Laine ym. 2008, 1054; Costa & Riesco 2006, 106–107). Costan ja Riescon (2006, 107) mukaan päätä kontrolloivan käden sormet ovat ensin supussa avautuen sitä mukaa, kun tarjoutuva osa tulee enemmän esiin. Toisen käden peukalo ja etusormi tukevat välilihaa muodostaen U-kirjaimen muiden sormien ollessa taitettuna. **Hands off** -tekniikasta puolestaan puhutaan silloin, kun kätilö kontrolloi sikiön pään syntymisnopeutta koskematta välilihaan (Costa & Riesco 2006, 107.) **Hands poised** -metodin mukaan toimiessa kätilö ei koske tarjoutuvaan osaan eikä välilihaan, mutta on valmiudessa tukemaan sikiön päätä, jos se näyttää syntyvän liian nopeasti (Albers 2003). **Ritgen`s manoeuvre** tarkoittaa sikiön pään syntymän kontrollointia toisen käden tukiessa synnyttäjän välilihaa tavoitellen samalla sikiön leukaa (Jönsson ym. 2008, 213). Näiden lisäksi Aasheim ja muut (2009) mainitsevat artikkelissaan suomalaisen välilihan tukemistekniikan, jossa repeämien ehkäisy perustuu pään ja hartioiden hallittuun

ulosauttoon. Pään syntyessä kätilö ohjaa äitiä hengittämään voimakkaan ponnistamisen sijaan. Tämän jälkeen kätilö auttaa hartiat ulos painamalla lapsen päätä ensin alas-päin, jolloin etummainen hartia syntyy ja sen jälkeen kohottamalla päätä jyrkästi ylöspäin, jolloin takimmainen hartia sekä vartalo syntyvät. (Aasheim ym. 2009, 3.)

Hands poised ja hands on -tekniikoita vertailtaessa tutkimustulokseksi on saatu yhtä suuri välilihan traumojen ilmenevyys. Kuitenkin ne naiset, joiden välilihaa tuettiin aktiivisesti, kokivat vähäisempää kipua kymmenen päivän kuluttua synnytyksestä. Eri tukemistekniikoilla ei todettu olevan eroa vastasyntyneiden voinnissa. (McCandlish, Bowler, van Asten, Berridge, Winter, Sames, Garcia, Renfrew & Elbourne 1998, 1267–1268.) WHO:n (1996, 27) sekä Enkinin ja muiden (2000, 294–295) mukaan hands on -tekniikkaa käyttämällä voidaan ehkäistä välilihan spontaaneja traumoja. Mayerhoferin ja muiden (2002) tutkimuksessa raportoitiin, että episiotomiat ja kolmannen asteen repeämät lisääntyivät naisilla, joiden välilihaa tuettiin synnytyksen aikana (Mayerhofer, Bodner-Adler, Bodner, Rabl, Kaider, Wagenbichler, Joura & Husslein 2002, 480). Tutkimustulokset siis antavat viitteitä siitä, että myös välilihan tukematta jättäminen voi aktiivisesti suojella välilihaa (RCM 2008, 18; Enkin ym. 2000, 294–295).

Vaikeita välilihan repeämiä on todettu esiintyvän huomattavasti vähemmän silloin, kun kätilö kontrolloi sikiön pään syntymää ja tukee välilihaa (Pirhonen, Grenman, Haadem, Gudmundsson, Lindqvist, Siihola, Erkkola & Marsal 1998, 974). On myös esitetty, että sikiön päästä painaminen voisi estää sen normaalia kulkua synnytyskanavassa siirtäen painopistettä häpyluun kaaresta välilihaan kohdistuvaksi lisäten näin välilihan vahingoittumisen riskiä (Enkin ym. 2000, 294–295; WHO 1996, 27). WHO (1996, 35) on luokitellut välilihan tukemiseen ja sikiön pään syntymän kontrolloimiseen liittyvät menetelmät käytännöiksi, joiden suositeltavuudesta ei ole riittävästi näyttöä ja joihin tulee sen vuoksi suhtautua varauksella. Tutkimustulokset eivät toistaiseksi yksimielisesti puolla mitään välilihan tukemistekniikkaa eikä välilihaa tukevan käden merkityksestä peräaukon sulkijalihaksen repeämän ehkäisyssä ole selkeää tutkimusnäyttöä. Siten valitun metodin käytön tulisi heijastaa sekä kätilön taitoja että synnyttäjän tietoista valintaa (RCM 2008, 18; McCandlish ym. 1998, 1262).

Välilihan traumojen välttämiseen tähtää myös välilihan hierominen. Hieromisen katsotaan venyttävän kudoksia estäen näin välilihan repeämistä. Jo valmiiksi verkkäiden ja traumoille alttiiden paikkojen hieromista ei ole koskaan kunnolla tieteellisesti arvioitu, ja siksi asiaan on suhtauduttava kriittisesti. (Enkin ym. 2000, 294–295; WHO 1996, 27.) WHO:n (1996, 35) suositusten mukaan välilihan hierominen tai venyttäminen ponnistusvaiheen aikana on käytäntö, joka on selvästi haitallinen tai tehoton ja joka tulisi poistaa. Stamp, Kruzins ja Crowther (2001) toteavat tutkimuksessaan, ettei välilihan hierominen vähennä riskiä kipuun, yhdyntäkipuun sekä virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyyteen. Toisaalta se ei lisää todennäköisyyttä, että väliliha säilyisi vahingoittumattomana. (Stamp ym. 2001, 1277.) Mikäli synnyttävä kokee välilihan hieromisen miellyttäväksi, ei hieronnalla ole todettu olevan negatiivisia vaikutuksia (Raussi-Lehto 207, 255). Riittävää tutkimusnäyttöä ei ole saatu myöskään lämpimien kääreiden käytön eduista (Eason, Labrecque, Wells & Feldman 2000, 469).

3.5.2 Välilihan repeämät

Välilihan repeämät ovat varsin yleisiä etenkin ensisynnyttäjillä (WHO 1996, 27). Välilihan repeämät jaotellaan niiden vakavuuden mukaan neljään eri asteeseen, jota on esitetty taulukossa 1. Ensimmäisen asteen repeämät paranevat helposti eivätkä yleensä vaadi ompeleita parantuakseen. Toisen asteen repeämät ovat tavallisesti helposti korjattavissa ja ne paranevat yleensä hyvin. (WHO 1996, 27.) Peräaukon sulkijalihaksen repeytymistä puolestaan pidetään yhtenä alatiesynnytyksen ikävimmistä komplikaatioista, sillä korjausleikkauksesta ja hoidosta huolimatta kaikille ei saada palautettua sulkijalihaksen normaalia toimintaa (Aitola & Uotila 2005, 1095).

TAULUKKO 1. Välilihan repeämien luokittelu (Välilihan repeytyminen 2010; Raus-
si-Lehto 2007, 259; Aitola & Uotila 2005, 1096)

Repeämän luokitus	Välilihan repeämä
Ensimmäisen asteen välilihan repeämä	Välilihan ihon, ulkosynnyttimien ja/tai emättimen limakalvon repeäminen synnytyksessä
Toisen asteen välilihan repeämä	Välilihan ja emättimen lihasten tai lantionpohjan lihaskerroksen repeytyminen synnytyksessä
Kolmannen asteen välilihan repeämä	Peräaukon sulkijan repeytyminen osittain tai kokonaan synnytyksessä
Neljännän asteen välilihan repeämä	Peräaukon ja/tai peräsuolen limakalvon repeytyminen synnytyksessä

Vuodesta 2004 lähtien Suomessa on tilastoitu välilihan 3. ja 4. asteen repeämän korjauksia. Vuonna 2008–2009 kyseinen toimenpide suoritettiin 0,9 % kaikista synnyttäjisistä (Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008–2009, 2010).

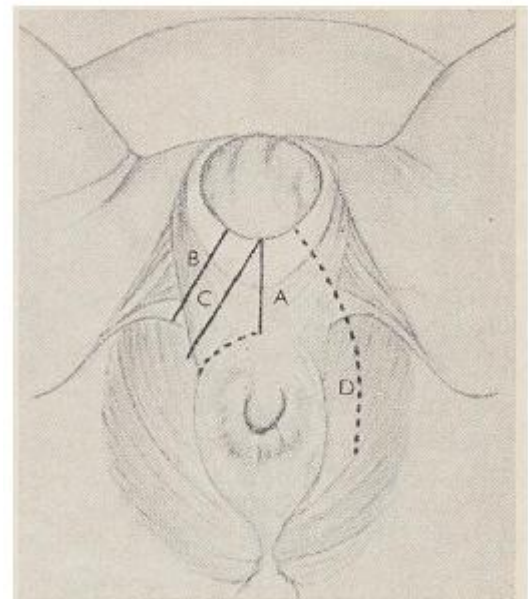
Kyse on Pohjoismaisesta trendistä, sillä peräaukon sulkijalihaksen repeämät alatiesynnytyksissä ovat yleistyneet kaikissa Pohjoismaissa (ks. Baghestan, Irgens, Børdahl & Rasmussen 2010; Laine, Gissler & Pirhonen 2009).

3.5.3 Episiotomian käyttö syntymän hoidossa

Episiotomialla tarkoitetaan emättimen ulkoaukon suurentamista leikkaamalla välilihaa. Episiotomia tehdään tarvittaessa vasta, kun sikiön tarjoutuva osa painaa perineumia, sillä vasta tällöin voidaan nähdä ja tuntea, onko todellista tarvetta välilihan leikkaamiselle. (Raussi-Lehto 2007, 258–259.) Episiotomia voidaan tehdä saksilla tai skalpellilla. Saksilla suoritettuna sikiön päähän kohdistuvat traumat ovat harvinaisem-

pia ja sakset edistävät hemostaasia. Skalpellia käyttävät puolestaan sanovat, että sen käyttö minimoi traumoja ja haavan paraneminen on parempaa. Kyseisten toimintatapojen vertailusta ei ole näyttöä. (Enkin ym. 2000, 296.) Suomalaiset synnytysopin oppikirjat ohjaavat suorittamaan episiotomian suorilla tylpillä saksilla (Sariola & Haukkamaa 2008, 330; Raussi-Lehto 2007, 259; Eskola & Hytönen 2002, 234; Soiva 1968, 228).

Episiotomia jaetaan kolmeen eri tyyppiin: mediaaliseen (aik. medianinen), mediolateraalseen ja lateraaliseen. Mediaalinen episiotomia leikataan välilihan keskiviivaan, mediolateraalinen episiotomia tehdään viistoon keskiviivan oikealle puolelle ja lateraalinen episiotomia leikataan noin kello seitsemän kohdalta viistoon. (Soiva 1968, 228–229, 299.) Suomessa ja laajalti myös muualla Euroopassa käytetään lateraalista episiotomiaa, kun taas USA:ssa käytössä on mediaalinen episiotomia (Räisänen 2007, 25, 31). Toiset pitävät keskiviivan mukaisesti suoritettua episiotomiaa mediolateraalista parempana. Mahdolliset edut keskiviivan mukaisesti tehdystä episiotomioista ovat parempi parantuminen, haavan ulkonäkö sekä tulevaisuuden seksuaalinen toimintakyky. Toisaalta siihen yhdistetään myös suurentunut riski episiotomian laajenemiseen ja siten vakaviin välilihan traumoihin (Enkin ym. 2000, 296.) Carrolin ja Migninin (2009, 5-6) systemaattinen katsaus osoittaa, ettei eri episiotomiatyyppien paremmuutta voida sanoa.



Kuva 122. Episiotomiassa leikataan iho ja sen alla oleva ulompi lihaskerros: A. Medianinen; B. Lateraalinen; C. Medio-lateraalinen episiotomia; D. Schuchardtin apuviilto, jota joskus käytetään gynekologisissa alatieleikkauksissa.

Episiotomiatyypit (Soiva 1968, 299)

Episiotomiat ovat verraten yleisiä, mutta maiden väliset erot voivat olla myös huomattavia (WHO 1996, 28). Vuosina 2008–2009 Suomessa kaikkien synnyttäjien episiotomiaprosentti oli 26 ja ensisynnyttäjien 50,5 %. Suomessa välilihan leikkaus on vähentynyt selvästi viime vuosina, sillä vuonna 1997 kaikkien alatiesynnyttäjien osalta vastaava luku oli 42 %. Sairaaloiden väliset erot ovat kuitenkin maassamme huo-

mattavia: prosentit vaihtelevat seitsemän ja 38 %:n välillä; ensisynnyttäjien keskuudessa vastaavat luvut ovat 15–71 %. Sairaalamohtaiset erot ovat merkittäviä ja ne johtunevat eri sairaaloitten synnytyksen ponnistusvaiheen vaihtelevista hoitokäytännöistä. (Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008–2009, 2010.)

Alankomaissa episiotomian yleisyys on lähellä Suomen tasoa (24,5 %), kun taas USA:ssa episiotomia on yleisimmin suoritettu toimenpide ja ensisynnyttäjille se tehdään keskimäärin 50–90 % synnytyksistä (WHO 1996, 28). Kaikkien synnyttäjien osalta episiotomiaprosentti USA:ssa on noin 40, mutta se vaihtelee sairaaloittain jopa 73 %:iin (Allen & Hanson 2005, 8).

Episiotomian käytön indikaatioista on eri näkemyksiä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa. Joissakin tapauksissa episiotomian tekeminen on perusteltua. Tällaisia tapauksia ovat sikiön ahdinko ja asfyksia. Kirjallisuudessa mainitaan muiksi episiotomian indikaatioiksi muun muassa riittämätön synnytyksen eteneminen sekä uhkaava peräaukon sulkijalihaksen repeämä. (Enkin ym. 2000, 295; WHO 1996, 28.) Näin ollen synnytystä hoitavan ammattihenkilön tulee osata arvioida välilihan repeämisen todellinen vaara (WHO 1996, 28). Saarikosken (1992, 160) mukaan episiotomian indikaatioita ovat myös pihti- ja imukuppisynnytys, suuri pehmytosavastus sekä perätilasynnytys. Aiempien syiden lisäksi Soiva (1968, 228) mainitsee teoksessaan välilihan korkeuden tai arpisuuden. Sariola ja Haukkamaa (2004, 330) toteavat, että episiotomia tehdään lähes aina imukuppi- tai pihtisynnytyksessä. Episiotomian tekemisen on esitetty olevan aiheellista myös hoidettaessa ennen aikaista synnytystä, sillä ennen aikainen lapsi on täysiaikaista alttiimpi asfyksialle ja verenvuodoille (Uotila 2007b, 431; Saarikoski 1992, 160; Soiva 1968, 228). Räisänen (2007) tutkimusaineistossa ei todettu synnyttäjälle tai syntyvälle lapselle aiheutuvan haittaa siitä, että synnytys hoidettiin ilman episiotomia. Ensisynnyttäjillä episiotomian käyttöön lisäävästi vaikutti synnytyksen käynnistäminen, ponnistusvaiheen pitkittyminen sekä imukuppisynnytys. Episiotomian käyttöä puolestaan vähensi synnytyksen spontaani käynnistyminen, lämpimän veden käyttö kivunlievitysmenetelmänä ja istuva tai puoli-istuva asento avautumisvaiheen aikana. (Räisänen 2007, 69, 74–75.)

Episiotomian käyttöä on aikaisemmin puollettu kirjallisuudessa, koska sen korjaamisen ja parantumisen on oletettu olevan repeämää helpompaa. Samalla episiotomian on esitetty estävän sikiön päähän kohdistuvia traumoja, välilihan vakavia repeämiä sekä

vammoja lantionpohjassa. (WHO 1996, 28.) Enkin ja muut (2000, 295) tuovat teoksessaan esille, että riski hartiadystokiaan, aivoperäisiin verenvuotoihin sekä henkisen kehityksen häiriöihin olisi myös pienempi. Tutkimustulosten mukaan kirjallisuudessa ilmi tulleita episiotomian käytön etuja ei voida kuitenkaan todistaa (Enkin ym. 2000, 295; ks. Halmesmäki 2000, 1797; WHO 1996, 28).

Sen sijaan episiotomian rajoitettuun käyttöön on liitetty etuja. Näitä ovat muun muassa vähentynyt riski välilihan takaosan traumaalle, vähemmän ompelua vaativat repeämät ja parantumisen komplikaatiot. Rajoitetulla käytöllä rutiininomaiseen episiotomian tekoon verrattuna ei myöskään ollut eroja vakavien välilihan traumojen ilmenemisessä, postpartum kivussa tai virtsainkontinenssin ilmentymisessä. Episiotomian rajoitetun käytön etuna rutiinisti suoritettavaan episiotomiaan verrattuna on vaginan etuosan ja häpyhuulten repeämien vähäisempi määrä. (Carroli & Mignini 2009, 6; Enkin ym. 2000, 295–296.) WHO (1996) sekä Carroli ja Mignini (2009) esittävät episiotomian rutiininomaiseen käyttöön liittyvän suuremman riskin välilihan traumojen esiintyvyyteen. Johtopäätöksenä on siis, että episiotomian rutiininomaisella käytöllä ei ole todistettu olevan juurikaan selviä hyötyjä, mutta sen aiheuttamat haitat voivat olla suuria. Normaalisti etenevässä synnytyksessä voi tulla eteen tilanteita, jossa episiotomian käyttö on pakollista, mutta sen valikoiva käyttö on suositeltua. (Carroli & Mignini 2009, 1, 6; WHO 1996, 28.)

3.6 Kätilö synnyttäjän tukijana

Synnytyksen hoitaminen tapahtuu vuorovaikutussuhteessa synnyttäjän, tukihenkilön sekä kätilön kanssa. Hyvä vuorovaikutussuhde on tasavertainen, välittävä ja luottamusta herättävä. Kätilön tulee toimia synnyttäjän tukijana siten, että äiti voi olla vapaasti oma itsensä. Synnyttäjän ja kätilön välisen vuorovaikutussuhteen tulisi vahvistaa naisen itseluottamusta. (Liukkonen ym. 1998, 32–33.) Ryttyläisen (2005) tutkimuksessa synnyttäjän kannustaminen todettiin naisen hallintaa edistäväksi tekijäksi. Erityisesti ponnistusvaiheen aikana kätilön kannustus antoi synnyttäjälle lisää voimia ponnistaa ja uskoa omaan kykyynsä synnyttää. Tutkimustuloksista käy ilmi, ettei synnyttäjän kannustaminen liittynyt ainoastaan synnytystilanteeseen vaan osa naisista koki sen vahvistavan myös vanhemmuuteen kasvamista. (Ryttyläinen 2005, 124.)

Synnytyksen toisen vaiheen aikana naisesta tulee usein haavoittuvaisempi ja riippuvaisempi häntä hoitavien vaikutuksille. Ponnistusvaiheen aikana keskusteleminen eri vaihtoehtoista ja valintojen tekeminen ei välttämättä ole helppoa, joten vastuu synnytystä hoitavalla henkilöllä on aiempaa suurempi. (ks. Enkin ym. 2000, 289.) Tärkeää tässä vaiheessa on tiedon antaminen, sillä synnyttäjä kaipaa tietoa siitä, kuinka synnytys etenee ja mitä seuraavaksi tapahtuu (RCM 2008, 6; Raussi-Lehto 2007, 246; Ryttyläinen 2005, 132; Liukkonen ym. 1998, 33–34). Ryttyläisen (2005, 132) mukaan synnyttäjän saama riittävä tieto synnytyksen etenemisestä sekä siitä, miten hän itse voi siinä toimia, auttaa naista olemaan aktiivinen osallistuja. Perhekeskeisen synnytyksen tavoitteena on pitää puoliso tai tukihenkilö tilanteen tasalla. Kätilön tulee siis informoida myös isää tai tukihenkilöä synnytyksen edistymisestä ja vauvan hyvinvoinnista. (RCM 2008, 6; Liukkonen ym. 1998, 33–34.) Puolison läsnäololla on todettu olevan vaikutusta synnyttäjän turvallisuuden tunteeseen (Vallimies-Patomäki 1998, 166). Synnyttäjän toiveiden huomiointi sekä hänen mukaan ottaminen päätöksentekoon on tärkeä osa synnytyksen hoitoa (RCM 2008, 3; Ryttyläinen 2005, 129). Oleellista ei ole se, toteutuuko naisen valinta aina, vaan merkityksellisempää on se, että hänen kanssaan on keskusteltu eri vaihtoehtoista ja annettu todellinen mahdollisuus päätöksentekoon (Ryttyläinen 2005, 130).

Kätilön jatkuvalla läsnäololla on todettu olevan vaikutusta turvallisuuden tunteen kokemiseen, jolla puolestaan on merkittävä vaikutus hyvään synnytyskokemukseen (WHO 1996, 12). Kätilön antamalla jatkuvalla tuella on osoitettu olevan vaikutusta synnytyksen kestoon, vähäisempään lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöön sekä vähäisempiin operatiivisiin alatiesynnytyksiin (Raussi-Lehto 2007, 236). Ryttyläisen (2005) mukaan kätilön läsnäolo lujitti turvallisuuden tunteen lisäksi naisen hallinnan tunnetta. Pitkäaikainen yksinolo aiheutti synnyttäjille pelkoa ja turvattomuutta. Tutkimuksen mukaan riitti, että kätilö oli läsnä ja käytettävissä. Kätilön rauhallisuus lisää synnytystilanteen kiireettömyyttä ja antaa synnyttäjälle uskoa tilanteesta selviytymiseen. (Ryttyläinen 2005, 126, 128.) Synnytystä hoidettaessa ei tule unohtaa synnyttäjän perustarpeita (ks. RCM 2008, 15; WHO 1996, 9). Esimerkiksi energiansaannilla on merkittävä vaikutus synnyttäjän voimien riittämiseen ja kivun kokemiseen. Täyden virtsarakon on osoitettu lisäävän supistuskipua. (Raussi-Lehto 2007, 247.)

3.7 Yhteenveto ponnistusvaiheen hoitoa käsittelevistä suosituksista

Ponnistusajankohdan valinnasta, ponnistustekniikasta ja ponnistamisen ohjauksesta on olemassa selkeät suositukset. Tutkimusnäyttö ponnistusasetojen merkityksestä sikiön vointiin on yksiselitteistä, mutta tieto asentojen merkityksestä välilihan suojelun suhteen on osittain ristiriitaista. Tutkimustulokset eivät yksimielisesti puolla mitään välilihan hoidon keinoa. Myös episiotomian käytön indikaatioista on eri näkemyksiä ja syyt episiotomialle ovat osittain epäselvät. Kätilön toiminnasta synnyttäjän tukijana syntymän hoidon aikana on olemassa selkeää näyttöä. Taulukkoon 2 on koottu opinäytetyössä esiteltyjen tutkimusten ja suositusten keskeisimmät tulokset.

TAULUKKO 2. Yhteenveto ponnistusvaiheen hoitoa käsittelevistä suosituksista

Ponnistusajan- kohdan valinta	<ul style="list-style-type: none"> • Mikäli äidin ja sikiön vointi sallii, voidaan odottaa lapsen laskeutumista synnytyskanavassa ja synnyttäjän ponnistamisen tarvetta (WHO 1996, 24). • Varhain ponnistamaan alkaneilla pihtisynnytykset ovat yleisempiä, kun taas viivästyneellä ponnistamisella ei ole osoitettu olevan haittaa vastasyntyneelle (WHO 1996, 24).
Ponnistustekniikka ja ponnistamisen ohjaus	<ul style="list-style-type: none"> • Synnyttäjän ponnistaessa ohjatusti ponnistusvaihe on keskimäärin hieman lyhyempi. Ohjatusti ponnistaneiden äitien lapsilla on todettu enemmän matalia Apgar-pisteitä sekä heikompia napanuoran pH-arvoja. (Enkin ym. 2000, 290–291; WHO 1996, 24–25.) Ohjattu, koko ajan tapahtuva ponnistaminen on käytäntö, joka on selvästi haitallinen tai tehoton ja joka tulisi poistaa (WHO 1996, 35). • Omien tuntemusten mukaan tapahtuva ponnistaminen vähentää välilihan repeämiä (Sampselle & Hines 1999, 36) ja episiotomioita (Räisänen 2007, 75; Vallimies 1989, 35–36). • Naista tulisi kannustaa noudattamaan omaa tarvettaan ponnistamiseen (RCM 2008, 16; Enkin ym. 2000, 290–291; WHO 1996, 24–25, 34–35).
Ponnistusasento	<ul style="list-style-type: none"> • Synnyttäjän ohjaaminen rutiinisti makuuasentoon on käytäntö, joka on selvästi haitallinen tai tehoton ja joka tulisi poistaa (WHO 1996, 34). Selinmakuu voimistaa naisen kiputuntemuksia, on haitallinen sikiölle ja saattaa hidastaa synnytyksen kulua (Rautaparta 2003, 54). • Pysty- tai kylkiasento on selinmakuuta parempi vaihtoehto ponnistusvaiheessa (RCM 2008, 13; WHO 1996, 26). Pystyasento aiheuttaa synnyttäjälle vähemmän kipua, välilihan traumoja, haavainfektioita, ongelmia ja epä mukavuutta ponnistaessa (WHO 1996, 26) sekä vähentää episiotomian käyttöä (RCM

	<p>2008, 13; Räisänen 2007, 69). Ponnistusvaiheessa pystyasentoa käyttäneiden äitien sikiöillä on todettu vähemmän ongelmia sykkeessä ja napanuoran pH-arvoissa (WHO 1996, 26). Kylviasento suojelee välilihaa (RCM 2008, 13; Räisänen 2007, 69).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pystyasento saattaa lisätä riskiä toisen ja kolmannen asteen repeämiin sekä verenvuotoihin (RCM 2008, 13; Enkin ym. 2000, 292; WHO 1996, 26). • Eri kivunlievitysmenetelmät saattavat vaikuttaa naisen kykyyn liikkua sekä asentojen vaihteluun ja siksi niiden vaikutuksista tulee kertoa synnyttäjän tehdessä valintaa (RCM 2008, 13). • Synnytyshuoneissa tulisi olla tarjolla erilaisia kalusteita ja välineitä, jotka rohkaisevat kokeilemaan erilaisia synnytysasentoja (RCM 2008, 13). • Kätilön antama ohjaus ja tuki vaikuttaa merkittävästi synnyttäjän asennon valintaan (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, 47). Naista tulisi ohjata kokeilemaan eri asentoja ja hänen tulisi saada tehdä tietoinen valinta ponnistusasennosta (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, 47; WHO 1996, 26–27).
Ponnistusvaiheen kesto	<ul style="list-style-type: none"> • Pitkittynyt ponnistusvaihe on yhteydessä lisääntyneeseen episiotomian käyttöön ensisynnyttäjillä (Räisänen 2007, 74). Mikäli synnytys edistyy ja äidin sekä sikiön vointi sallivat, ei ponnistusvaihetta tulisi saattaa päätökseen instrumentaalisin keinoin (Enkin ym. 2000, 293; WHO 1996, 25).
Välilihan hoito	<ul style="list-style-type: none"> • Välilihaa tukevan käden merkityksestä peräaukon sulkijalihaksen repeämän ehkäisyssä ei ole selkeää tutkimusnäyttöä (RCM 2008, 18; Enkin ym. 2000, 294–295; McCandlish ym. 1998, 1262; WHO 1996, 27). • Naiset, joiden välilihaa tuettiin aktiivisesti, kokivat vähäisempää kipua kymmenen päivän kuluttua synnytyksestä. Eri tukemistekniikoilla ei todettu olevan eroa vastasyntyneiden voinnissa (McCandlish ym. 1998, 1267–1268.) Mayerhoferin ja muiden (2002, 480) mukaan episiotomiat ja kolmannen asteen repeämät lisääntyivät naisilla, joiden välilihaa tuettiin. • Pirhosen ja muiden (1998, 974) mukaan vaikeita välilihan repeämiä esiintyy huomattavasti vähemmän, kun kätilö kontrolloi pään syntymää ja tukee välilihaa. Toisaalta sikiön päästä painaminen voi estää sen normaalia kulkua synnytyskanavassa lisäten välilihan vahingoittumisen riskiä (Enkin ym. 2000, 294–295; WHO 1996, 27). • WHO (1996, 35) luokittelee välilihan tukemiseen ja sikiön pään syntymän kontrolloimiseen liittyvät menetelmät käytännöiksi, joiden suositeltavuudesta ei ole riittävästi näyttöä ja joihin tulee sen vuoksi suhtautua varauksella. • Välilihan hierominen ei vähennä riskiä kipuun, yhdyntäkipuihin sekä virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyyteen. Toisaalta se ei myöskään takaa välilihan säilymistä vahingoittumattomana. (Stamp ym. 2001, 1277.) Mikäli synnyttaja kokee välilihan hieromisen miellyttäväksi, ei sillä ole negatiivisia vaikutuksia (Raussi-Lehto 2007, 255). Välilihan hierominen tai venyttämi-

	<p>nen ponnistusvaiheessa on käytäntö, joka on selvästi haitallinen tai tehoton ja joka tulisi poistaa (WHO 1996, 35).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lämpimien kääreiden käytön eduista ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä (Eason ym. 2000, 469).
Episiotomian käyttö	<ul style="list-style-type: none"> • Ainoa selkeä indikaatio episiotomialle on sikiön ahdinko ja asfyksia (Enkin ym. 2000, 295; WHO 1996, 28). • Indikaatioiksi on esitetty myös pihti- ja imukuppisynnytys, suuri pehmytosavastus, perätilasynnytys (Saarikoski 1992, 160; Soiva 1968, 228), välilihan korkeus tai arpisuus (Soiva 1968, 228) sekä ennenaikainen synnytys (Uotila 2007, 431; Saarikoski 1992, 160; Soiva 1968, 228). • Episiotomian käyttöä on puollettu, koska sen korjaamisen ja parantumisen on oletettu olevan repeämää helpompaa. Sen on esitetty estävän sikiön päähän kohdistuvia trauma- ja vakavia välilihan repeämiä ja lantionpohjanvammoja. (WHO 1996, 28.) Kirjallisuudessa ilmi tulleita episiotomian käytön etuja ei voida todistaa (Enkin ym. 2000, 295; ks. Halmesmäki 2000, 1797; WHO 1996, 28). Synnyttäjälle tai syntyvälle lapselle ei ole todettu aiheutuvan haittaa siitä, että synnytys hoidetaan ilman episiotomiaa (Räisänen 2007, 69, 74–75). • Tutkimukset suosittelevat episiotomian valikoivaa käyttöä (Carroli & Mignini 2009, 1, 6; Enkin ym. 2000, 295; WHO 1996, 28). Kätilön tulee osata arvioida välilihan repeämisen todellinen vaara ja episiotomian tarve (WHO 1996, 28).
Kätilö synnyttäjän tukijana	<ul style="list-style-type: none"> • Synnyttäjän ja kätilön välisen vuorovaikutussuhteen tulisi vahvistaa naisen itseluottamusta (Liukkonen ym. 1998, 32–33). • Ponnistusvaiheessa kätilön kannustus antaa synnyttäjälle lisää voimia ja uskoa omaan kykyynsä synnyttää sekä vahvistaa vanhemmuuteen kasvua (Ryttyläinen 2005, 124). • Tiedonanto synnytyksen etenemisestä ja tehtävistä toimenpiteistä on tärkeää (RCM 2008, 6; Raussi-Lehto 2007, 246; Ryttyläinen 2005, 132; Liukkonen ym. 1998, 33–34). • Puolison läsnäolo lisää synnyttäjän turvallisuuden tunnetta (Vallimies-Patomäki 1998, 166). • Synnyttäjän toiveiden huomiointi sekä hänen mukaansa ottaminen päätöksentekoon on tärkeä osa synnytyksen hoitoa (RCM 2008, 3; Ryttyläinen 2005, 129). • Kätilön jatkuva läsnäolo vaikuttaa turvallisuuden tunteen kokemiseen (WHO 1996, 12) ja sillä on vaikutusta synnytyksen kestoon, vähäisempään lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöön sekä vähäisempiin operatiivisiin alatiesynnytyksiin (Raussi-Lehto 2007, 236).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Keski-Suomen keskussairaalan ja Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysyksiköissä työskentelevien kättilöiden toimintaa normaalin synnytyksen ponnistusvaiheessa ja heidän käsityksiään normaalia alatiesynnytystä edistävistä käytännöistä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää syntymän hoitoa koskevia hoitokäytäntöjä. Tuloksia voidaan hyödyntää laadittaessa paikallisia normaalin synnytyksen hoito-ohjeita.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten normaaliuden edistäminen ilmenee kättilöiden toiminnassa synnytyksen ponnistusvaiheessa?
2. Mitkä ovat kättilöiden käsitykset normaalia synnytystä edistävistä käytännöistä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla saadaan numeraalista tietoa, joka voidaan havainnollistaa taulukoin ja kuvioin. Tällä lähestymistavalla saadaan kartoitettua olemassa oleva tilanne. (Heikkilä 2008, 16.) Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 140) mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on aiempien teorioiden ja tutkimusten johtopäätökset, käsitteiden määrittely, suunnitelma aineiston keruusta sekä aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja päätelmien teko tilastollisen analysoinnin perusteella.

Tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä strukturoitua sähköistä kyselylomaketta (Digium Enterprise), joka on yleisesti käytetty aineistonkeruumenetelmä määrällisessä tutkimuksessa. Kyselylomake on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa suureltakin joukolta (ks. Heikkilä 2008, 16, 19). Etuna voidaan pitää myös sitä, että lomakkeiden avulla saatu aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneohjelman avulla (Hirsjärvi ym. 2009, 195).

Opinnäytetyö toteutettiin Keski-Suomen keskussairaalassa (K-S KS) ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS). Tutkimushetkellä Keski-Suomen keskussairaalassa synnytyssalilyötä tekeviä kätilöitä oli 39 ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa 40–50. Synnytyksiä Keski-Suomen keskussairaalassa hoidetaan vuosittain noin 3000 (v. 2009 3148) ja TAYS:ssa noin 5000 (v. 2009 5246) (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009, 2010). Vuosina 2008–2009 Keski-Suomen keskussairaalassa episiotoprosentti oli 27,9, välilihan 3. ja 4. repeämän korjaus suoritettiin 0,7 %:lle ja imukupisynnytyksiä oli 8,5 %. TAYS:ssa vastaavat luvut olivat 31,4 %, 1 % ja 7,4 %. (Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008–2009, 2010).

Kyselyn kohderyhmänä olivat synnytyssaleissa työskentelevät kätilöt. Tutkimusaineistonkeruu toteutettiin syyskuun 2010 aikana, jolloin kätilöillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn kahden viikon ajan. Tiedotimme osastonhoitajia sähköisestä kyselylomakkeesta ja annoimme heille linkin kyselyyn jaettavaksi osastonsa kätilöille. Linkki kyselyyn tavoitti sähköpostin avulla yhteensä 77 kätilöä, joista 55 osallistui tutkimukseen. Vastausprosentiksi saatiin 71 %. Kyselylomake sisälsi saatekirjeen (Liite 1). Saatekirjeessä kätilöitä informoitiin kirjallisesti tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin myös, keneltä saa tarvittaessa lisätietoa tutkimuksesta.

5.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomake (Liite 2) muodostettiin aiempien tutkimustulosten ja synnytyksen hoidon suositusten perusteella. Perustelut kyselylomakkeessa esitetyille väittämille esitetään liitteessä 3. Lomake koostui kolmesta osiosta: taustatiedot, kätilötyö synnytyksen toisen vaiheen aikana sekä kätilöiden käsitykset normaaliuden edistämisestä. Ponnis-

tusvaiheen osalta kyselylomakkeessa käsiteltiin ponnistusajankohdan valintaa, ponnistustekniikkaa ja -asentoja sekä välilihan hoitoa ja episiotomiaa. Osiossa esitettiin väittämiä, jonka vastausvaihtoehdot muodostuivat 5-portaisen Likertin asteikon mukaan (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 200). Väittämissä kätilöt valitsivat vaihtoehdon, joka kuvasi parhaiten heidän omaa toimintaansa.

Lisäksi osioon kätilötyö synnytyksen toisen vaiheen aikana kuului välilihan hoitoon ja suojeluun sekä episiotomian indikaatioihin liittyvät kysymykset. Niihin kätilöt vastasivat numeroimalla mielestään kolme tärkeintä välilihan hoidon keinoa ja kolme yleisintä episiotomian indikaatiota numerojärjestyksessä. Viimeisenä kyselylomakkeessa oli avoin kysymys, jossa kätilöitä pyydettiin kertomaan vapaasti, miten he edistävät omalla toiminnallaan normaalia synnytystä. Avoin kysymys antaa vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Tällä tavoin saatiin selvitettyä, mikä on keskeistä kätilöiden toiminnassa. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.) Kyselylomake esitettiin viidellä loppuvaiheen kätilöopiskelijalla. Esitestauksessa arvioitiin lomakkeen loogisuutta sekä kysymysten ja vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyyttä.

5.3 Aineiston analyysi

Ennen aineiston analyysia kyselylomakkeet luettiin läpi ja tarkistettiin. Tulosten tarkastelussa hyödynnettiin Digium Enterprise-ohjelman laatimaa yhteenvetoa sähköisten kyselylomakkeiden vastauksista, jonka jälkeen tiedot syötettiin Microsoft Excel-taulukkolaskentaohjelmaan. Aineisto analysoitiin tilastollisesti frekvensseinä ja prosenttiosuuksina. Tutkimustulokset esitetään kuvioina tulosten luettavuuden sekä ymmärrettävyyden parantamiseksi (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 322).

Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin määrällisellä sisällön analyysilla. Vastauksia varten ei muodostettu etukäteen valmista analyysirunkoa vaan avoimen kysymyksen sisältöä lähdettiin purkamaan lukemalla vastauksia useita kertoja läpi. Näin saatiin muodostettua kokonaiskuva aineiston sisällöstä. Luettaessa vastauksia läpi alettiin samalla alleviivata niissä toistuvia ilmauksia, kuten esimerkiksi ”tiedonanto” ja ”kannustaminen pystyasentoihin” eri värein. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 186.) Tämän jälkeen siirryttiin aineiston luokitteluun: ilmaukset käytiin läpi ja etsittiin sa-

mankaltaisuuksia. Samansisältöiset asiat luokiteltiin ja niistä huomattiin muodostuvan neljä pääluokkaa, joille annettiin niitä kuvaavat nimet: myönteisen yhteistyösuhteen muodostaminen, synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukeminen, liikkumaan kannustaminen ja perustarpeista huolehtiminen. Pääluokkien muodostuttua laskettiin, kuinka monessa vastauksessa esiintyi kunkin pääluokan sisältämiä asioita. Näin saatiin laskettua kunkin pääluokan toteutuminen kättilöiden toiminnassa. Lopuksi laskettiin jokaisen alaluokan ilmentyminen aineistossa. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 186.)

6 TULOKSET

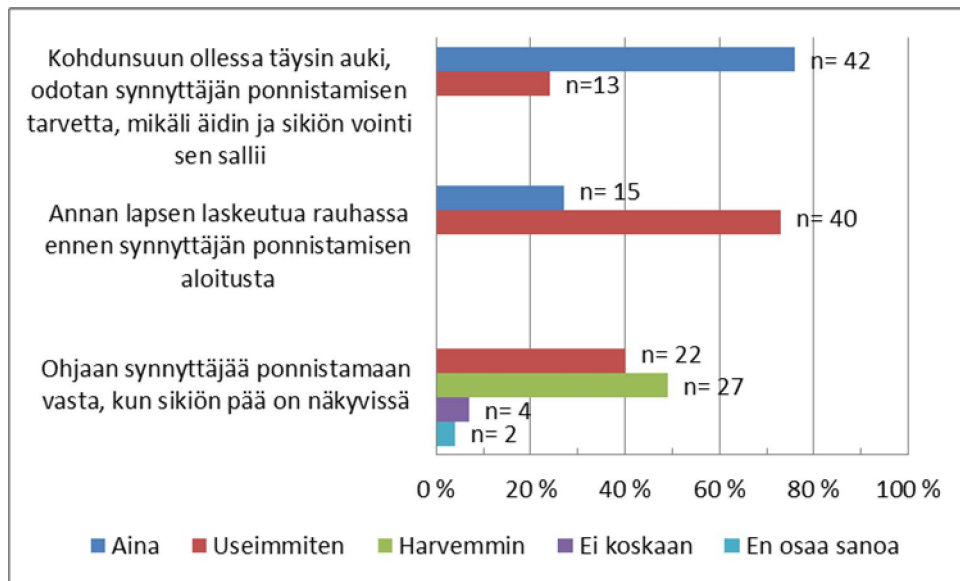
6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden kättilöiden (n= 55) keski-ikä oli noin 41 vuotta ikien vaihdellessa 24–63 ikävuoteen. Työkokemusta vastaajilla oli neljästä kuukaudesta 30 vuoteen. Keskimääräinen työkokemus oli hieman yli 11 vuotta. Kättilöistä 35 %:lla (n= 19) oli työkokemusta muusta tai muista sairaaloista. Suurin osa kättilöistä eli 65 % (n= 36) ei ollut työskennellyt muussa kuin nykyisen sairaalan synnytysalissa.

6.2 Kättilöiden toiminta ponnistusvaiheen aikana normaalissa synnytyksessä

6.2.1 Ponnistusajankohdan valinta

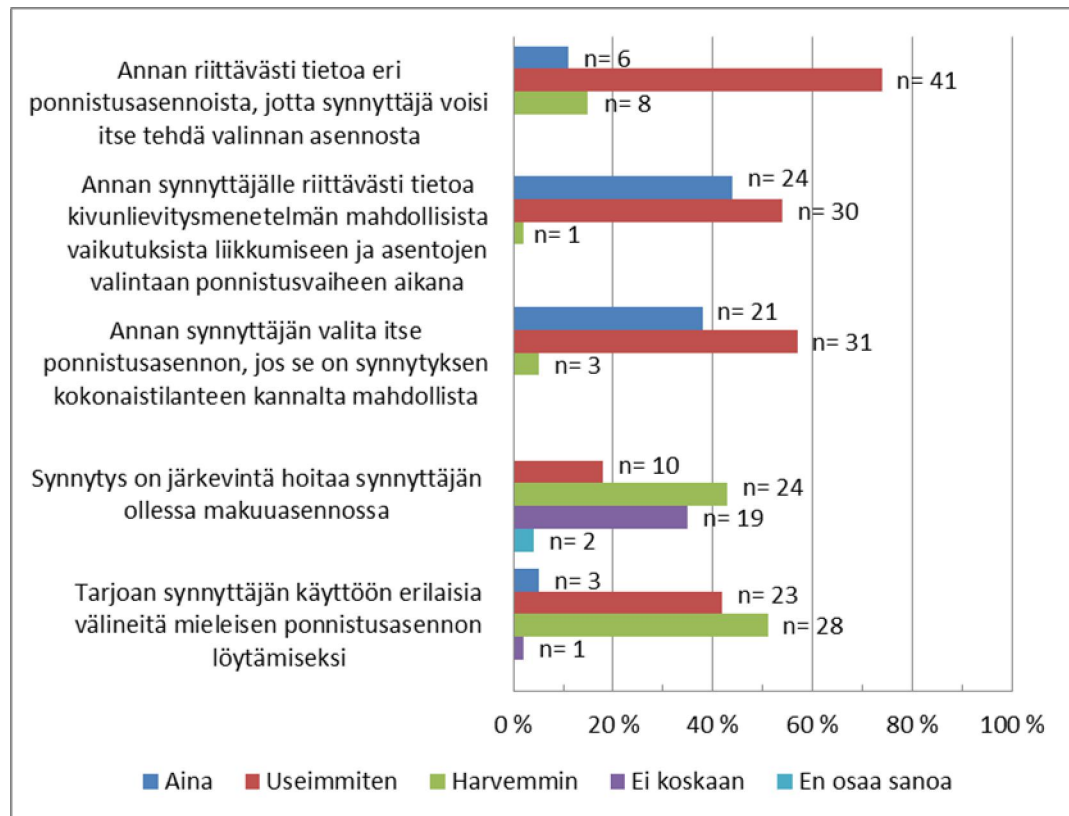
Mikäli äidin ja sikiön vointi sen salli, 76 % (n= 42) kättilöistä odotti aina ja 24 % (n= 13) useimmiten synnyttäjän omaa ponnistamisen tarvetta. Vastaajista 27 % (n= 15) antoi aina lapsen laskeutua rauhassa ennen synnyttäjän ponnistamisen aloitusta, myös loput 73 % (n= 40) kättilöistä kertoi toimivansa näin useimmiten. Kättilöistä lähes puolet eli 49 % (n= 27) kertoi harvoin ohjaavansa synnyttäjää ponnistamaan vasta, kun sikiön pää on näkyvissä ja 7 % (n= 4) kättilöistä mainitsi, ettei koskaan odota tarjoutuvan osan esiin työntymistä ennen aktiivisen ponnistamisen aloittamista. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Kätilöiden (n= 55) käsitykset ponnistusajankohdan valinnasta

6.2.2 Ponnistusasetojen ohjaaminen

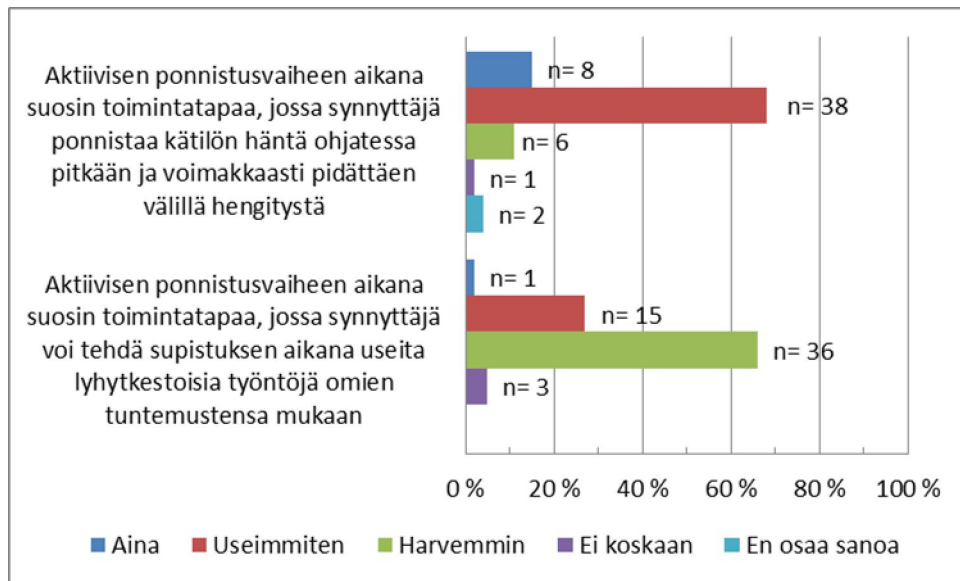
Kätilöistä 11 % (n= 6) ilmoitti antavansa aina ja 74 % (n= 41) useimmiten riittävästi tietoa eri ponnistusasennoista, jotta synnyttäjä voisi itse tehdä tietoisin valinnan synnytysasennosta. Suurin osa vastaajista arvioi antavansa riittävästi tietoa myös eri kivunlievitysmenetelmien mahdollisista vaikutuksista synnyttäjän liikkumiseen ja asentojen valintaan, koska 44 % (n= 24) kertoi toimivansa näin aina ja 54 % (n= 30) useimmiten. Kätilöistä 38 % (n= 21) antoi aina ja 57 % (n= 31) useimmiten synnyttäjälle mahdollisuuden valita itse ponnistusasennon, mikäli se oli synnytyksen kokonaistilanteen kannalta mahdollista. Valtaosa kätilöistä oli sitä mieltä, ettei synnytystä ole järkevää hoitaa synnyttäjän ollessa makuuasennossa, sillä 35 % (n= 19) ei ohjaa äitiä koskaan makuuasentoon ja 43 % (n= 24) harvemmin. Kuitenkin melkein viidesosan eli 18 % (n= 10) mielestä synnytys on useimmiten järkevintä hoitaa synnyttäjän ollessa makuuasennossa. Kätilöiden aktiivisuus tarjota synnyttäjän käyttöön erilaisia välineitä mieleisen ponnistusasennon löytämiseksi vaihteli: 5 % (n= 3) vastaajista tarjosi erilaisia välineitä aina, 42 % (n= 23) useimmiten, 51 % (n= 28) puolestaan harvemmin ja 2 % (n= 1) ei koskaan. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Kätilöiden (n= 55) käsitykset eri ponnistusasentojen ohjaamisesta

6.2.3. Ponnistustekniikan ohjaaminen

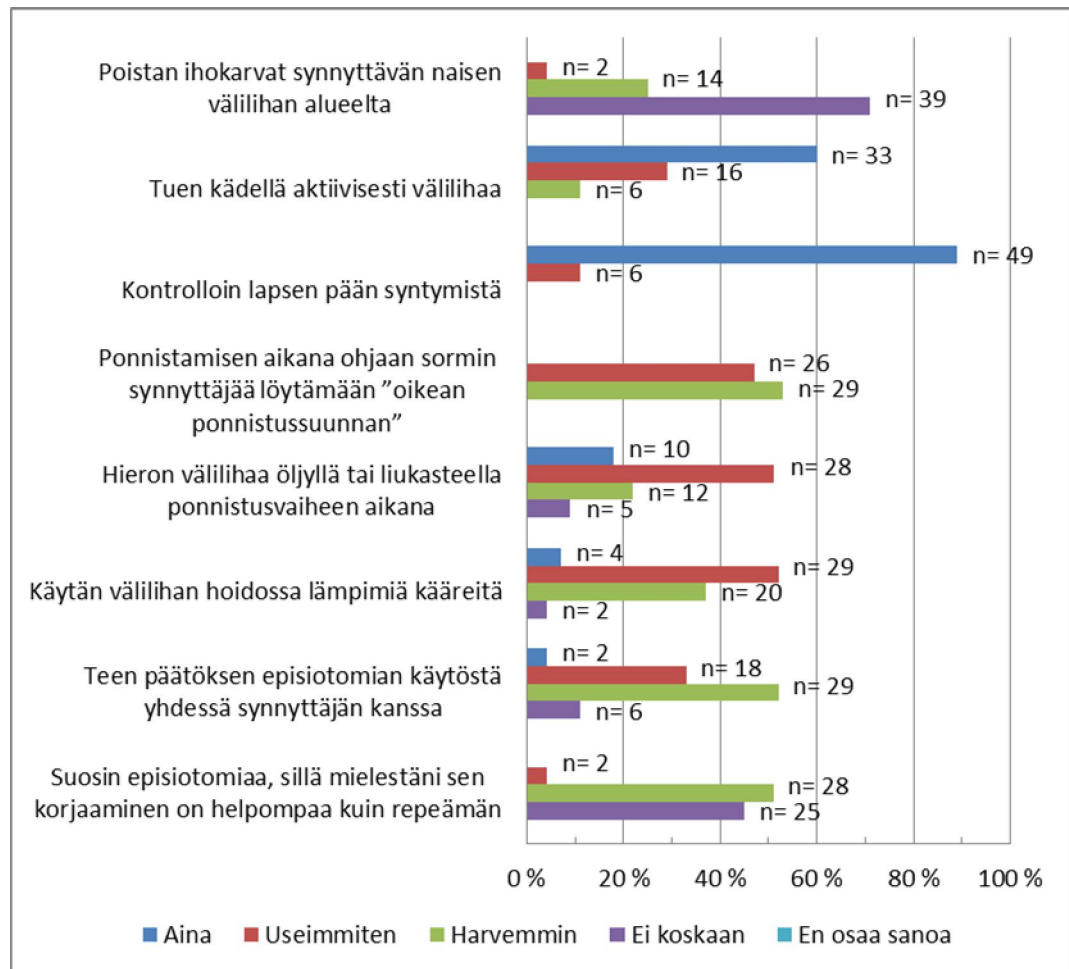
Ponnistustekniikan ohjauksessa suurin osa kätilöistä suosi toimintatapaa, jossa he ohjaavat synnyttäjää ponnistamaan pitkään ja voimakkaasti, pidättäen välillä hengitystä (ns. Valsalva-metodi), sillä 15 % (n= 8) toimi näin aina ja 69 % (n= 38) useimmiten. Kätilöistä 66 % (n= 36) kertoi harvoin kannustavansa äitiä ponnistamaan omien tuntemustensa mukaan aktiivisen ponnistusvaiheen aikana. Reilu neljännes eli 27 % (n= 15) kertoi suosivansa supistusten aikana useita lyhytkestoisia työntöjä äidin omien tuntemusten mukaan. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Kättilöiden (n= 55) käsitykset ponnistustekniikasta

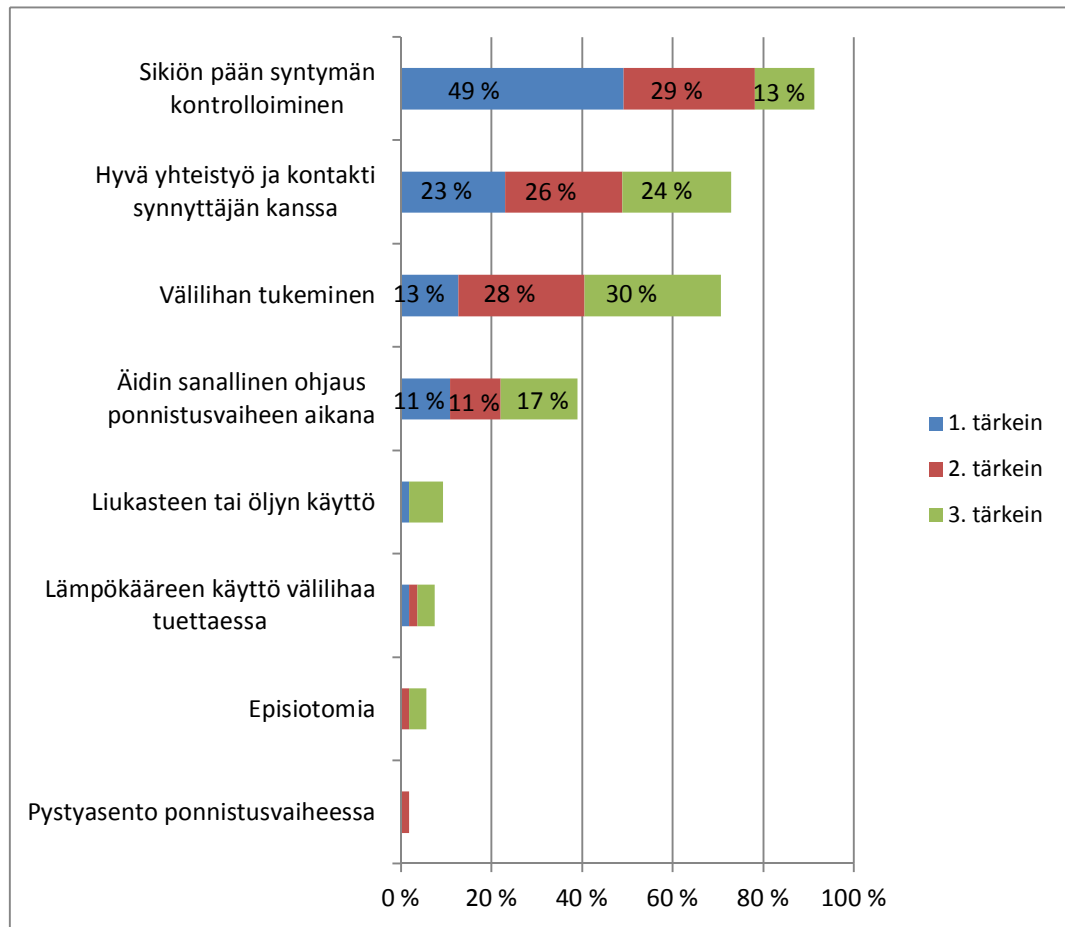
6.2.4. Välilihan hoito ja episiotomia

Lähes kaikki kättilöt olivat samaa mieltä siitä, että ihokarvojen poisto synnyttävän naisen välilihan alueelta on tarpeetonta, sillä 71 % (n= 39) heistä ei toimi näin koskaan ja 25 % (n= 14) harvemmin. Kättilöistä 60 % (n= 33) tuki aina ja 29 % (n= 16) useimmiten aktiivisesti välilihaa. Kättilöt kokivat lapsen pään syntymän kontrolloinnin tärkeäksi osaksi ponnistusvaiheen hoitoa: 89 % (n= 49) kontrolloi aina ja 11 % (n= 6) useimmiten pään syntymistä. Kättilöistä 47 % (n= 26) ilmoitti useimmiten ohjaavansa sormin synnyttäjää löytämään ”oikean ponnistussuunnan”, kun taas 53 % (n= 29) toimi näin harvemmin. Valtaosa vastaajista hieroi välilihaa öljyllä tai liukasteella, sillä 18 % (n= 10) kertoi toimivansa tällä tavoin aina ja 51 % (n= 28) useimmiten. Lämpimiä kääreitä välilihan hoitoon käytti aina 7 % (n= 4), useimmiten 53 % (n= 29) ja harvemmin 36 % (n= 20) kättilöistä. Suurin osa kättilöistä teki itsenäisesti päätöksen episiotomian tarpeellisuudesta ilman synnyttäjän mielipidettä, sillä äidin mielipiteen huomioi aina vain 4 % (n= 2) ja useimmiten 33 % (n= 18) kättilöistä. Vain 4 % (n= 2) kättilöistä teki episiotomian siitä syystä, että sen korjaaminen on heidän mielestään välilihan repeämää helpompaa. Vastaajista 51 % (n= 28) kertoi harvoin tekevänsä episiotomian edellä mainitusta syystä ja 45 % (n= 25) ilmoitti, ettei toimi koskaan väittämän kuvaamalla tavalla. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Kätilöiden (n= 55) käsitykset välilihan hoidosta ja episiotomiasta

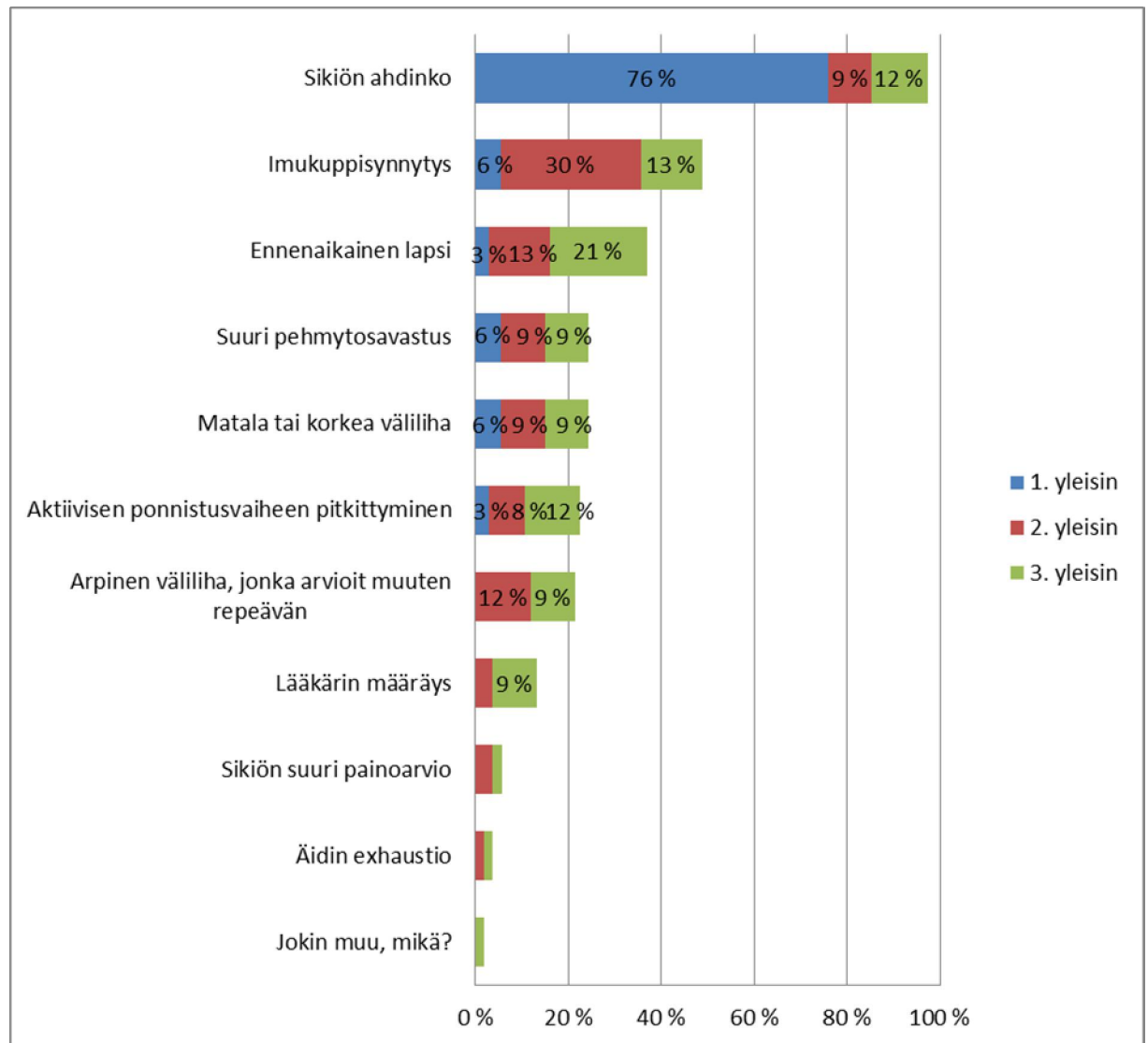
Kätilöiltä kysyttiin heidän omassa työskentelyssään kolmea tärkeintä välilihan hoitoon ja suojeluun liittyvää keinoa. Sikiön pään syntymän kontrollointi oli lähes puolelle eli 49 %:lle (n= 27) kätilöistä tärkein välilihan hoidon keino ja 91 % (n= 50) heistä valitsi sen kolmen tärkeimmän joukkoon. Kätilöistä 73 % (n= 40) mainitsi hyvän yhteistyön ja kontaktin synnyttäjän kanssa kolmen tärkeimmän menetelmän joukkoon ja tärkeimpänä sitä piti 23 % (n= 13). Lähes yhtä tärkeänä välilihan hoidon keinona kätilöt pitivät välilihan tukemista, sillä huomioitaessa kätilöiden mainitsemat kolme tärkeintä kriteeriä nousi se kolmanneksi tärkeimmäksi 71 %:lla (n= 38). Äidin sanallisen ohjauksen oli valinnut 39 % (n= 21), liukasteen ja öljyn käytön 10 % (n= 5), lämpökääreiden käytön 8 % (n= 4), episiotomian 6 % (n= 3) ja pystyasennon ponnistusvaiheen aikana 2 % (n= 1) kätilöistä kolmen tärkeimmän joukkoon. Kukaan vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoista välilihan tukematta jättämistä ("hands poised" -tekniikka), välilihan hieromista tai venyttämistä tai kylkiasentoa ponnistusvaiheessa. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Tärkeimmät välilihan hoidon ja suojelun keinot kättilöiden työskentelyssä

Yleisimmäksi episiotomian indikaatioksi omassa työskentelyssään kättilöt mainitsivat sikiön ahdingon, sillä yleisimpänä syynä sitä piti 76 % (n= 41) ja kolmen yleisimmän syyn joukkoon sen oli valinnut 97 % (n= 52) kättilöistä. Kättilöistä 6 % (n= 3) piti imukuppisynnytystä yleisimpänä syynä episiotomialle, mutta kolmen yleisimmän syyn joukkoon sen oli valinnut 49 % (n= 26). Suuri pehmytosavastus ja matala tai korkea väliliha menivät ennen aikaisen lapsen edelle, kun vastaajat arvioivat omassa työskentelyssään yleisintä indikaatiota episiotomialle. Kuitenkin huomioitaessa kättilöiden mainitsemat kolme yleisintä syytä, nousi ennen aikainen lapsi kolmanneksi yleisimmäksi indikaatioksi, sillä 37 % (n= 20) oli valinnut sen kolmen yleisimmän syyn joukkoon. Kättilöistä 24 % (n= 13) mainitsi suuren pehmytosavastuksen ja matalan tai korkean välilihan yhtä yleisiksi syiksi episiotomialle. Kolmen yleisimmän indikaation joukkoon kättilöistä 23 % (n= 12) oli valinnut myös aktiivisen ponnistusvaiheen pitkitymisen, 21 % (n= 11) arpisen välilihan, jonka kättilö arvioi muuten repeävän, 13 % (n= 7) lääkärin määräyksen, 6 % (n= 3) sikiön suuren painoarvion ja 4 % (n= 2) äidin

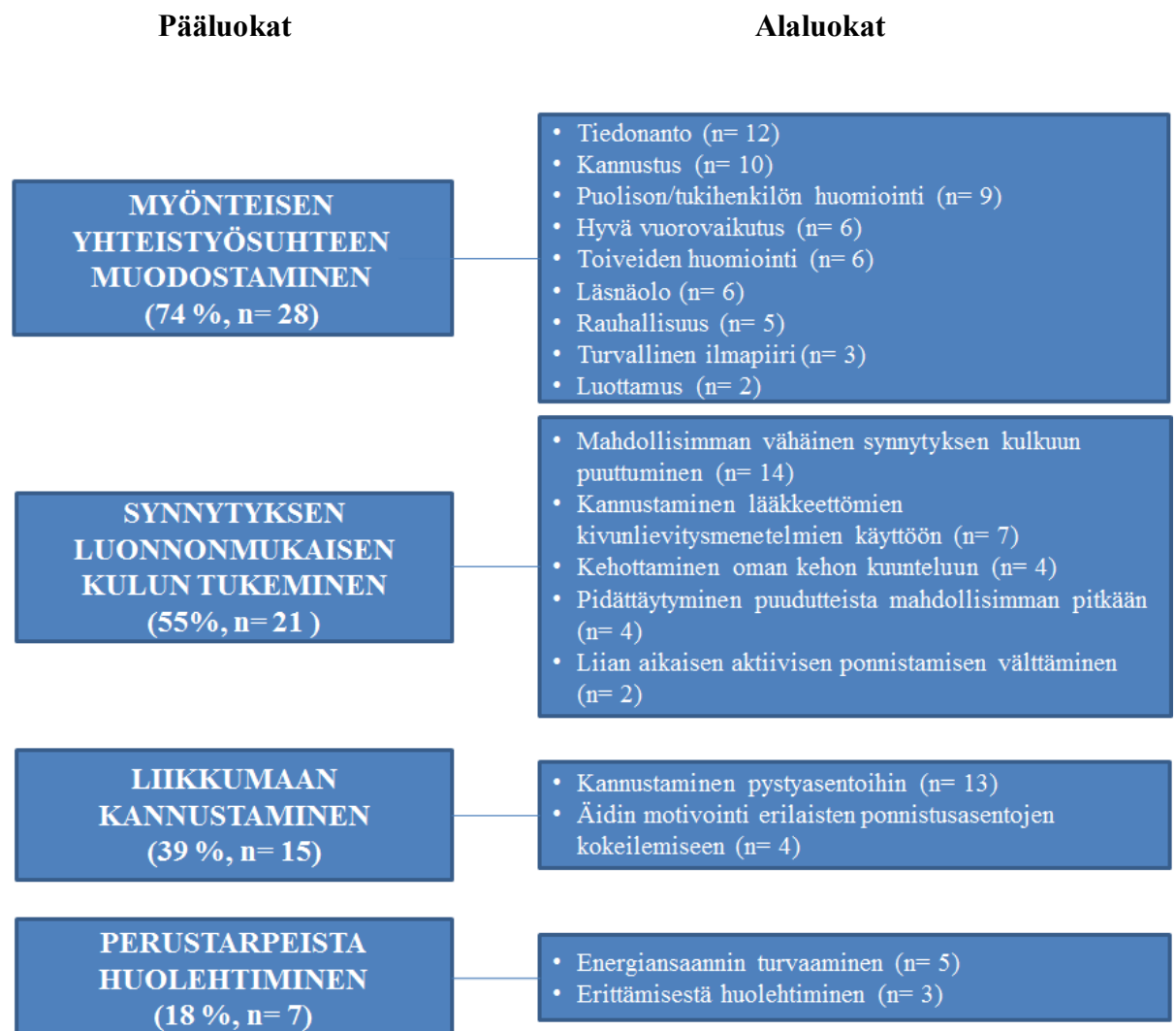
exhaustion. Muuna syynä mainittiin kolmannen asteen repeämä edellisessä synnytyksessä, jonka oli maininnut yksi vastaaja. Kukaan kätilöistä ei ollut valinnut vaihtoehtoista ensisynnyttäjyyttä tai äidin toivetta. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Yleisimmät episiotomian indikaatiot kätilöiden työskentelyssä

6.3 Kätilöt normaaliuden edistäjinä

Tutkimukseen osallistuneista kätilöistä 69 % eli 38 vastasi avoimeen kysymykseen. Yksittäinen vastaus saattoi sisältää useita asioita kustakin pääluokasta. Määrällisessä sisällönanalyysissä pääluokiksi muodostuivat myönteisen yhteistyösuhteen muodostaminen, synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukeminen, liikkumaan kannustaminen ja perustarpeista huolehtiminen (Kuvio 7). Tulosten esittämisen tukena on käytetty kätilöiden suoria lainauksia.



KUVIO 7. Normaalista synnytystä edistävien käytäntöjen pääluokat ja niiden alaluokat

Kätilöt kokivat myönteisen yhteistyösuhteen muodostamisen tärkeimmäksi osaksi normaalin alatiesynnytyksen hoitoa ja siitä oli maininta 74 %:ssa (n= 28) vastauksista. Tärkeimpänä tekijänä myönteisen yhteistyösuhteen muodostamiselle kätilöt pitivät tiedonantoa. Kätilöt kuvasivat keskustelewansa synnyttäjän ja puolison/ tukihenkilön kanssa synnytyksen kulusta ja antavansa tietoa eri vaihtoehtoista sekä perustelevansa tehtävät toimenpiteet. Vastauksissa kannustus oli mainittu toiseksi tärkeimpänä tekijänä myönteisen yhteistyösuhteen muodostamiselle. Huomioimalla puolisoa/ tukihenkilöä ja rohkaisemalla häntä olemaan synnyttäjän tukena kätilöt kokivat edistävönsä yhteistyötä perheen kanssa. Hyvän vuorovaikutuksen sekä perheiden toiveiden ja tarpeiden huomioinnin nähtiin tukevan myönteisen yhteistyösuhteen muodostumista. Kätilöt mainitsivat olevansa mahdollisimman paljon läsnä synnytyshuoneissa. Myönteisen hoitosuhteen kuvattiin syntyvän myös rauhallisuuden, turvallisen ilmapiirin ja luottamuksen avulla. Myönteisen yhteistyösuhteen muodostamista kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

"--. Pyrin hyvään vuorovaikutukseen perheen ja erityisesti synnyttäjän kanssa. Pyrin luomaan turvallisen ilmapiirin."

"--. Olen paljon läsnä synnytyshuoneessa ja tarvittaessa näin tukemassa äitiä enemmän. Kannustan myös isää osallistumaan äidin auttamiseen."

Kätilöistä 55 % (n= 21) piti synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukemista normaalia synnytystä edistävänä ponnistusvaiheen käytäntönä. Kätilöt kuvasivat edistävönsä normaalia synnytystä puuttumalla mahdollisimman vähän synnytyksen kulkuun. Esimerkiksi kalvojen puhkaisu ja oksitosiinin käyttö mainittiin luonnonmukaisuutta heikentävinä tekijöinä. Kätilöt kertoivat kannustavansa synnyttäjää jaksamaan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien avulla ja pidättäytymään puudutuksista mahdollisimman pitkään. Synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukemisen nähtiin toteutuvan kehottamalla naista kuuntelemaan omaa kehoaan ja luottamaan kykyihinsä synnyttäjänä. Luonnonmukaisen synnytyksen kulkua tuki kätilöiden mielestä myös se, ettei aktiivista ponnistamista aloiteta liian aikaisin. Synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukemista kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

"Jos kaikki sujuu hyvin, annan luonnon hoitaa ja koetan olla puuttumatta. --"

"--. Ei lääkkeelliset kivunlievitykset, suihku, hieronta, Tens-laite, aquarakkulat, lämpötyyny, --."

"Kannustan synnyttäjää jaksamaan avautumisvaiheessa mahdollisimman pitkään ilman puudutuksia, jotta synnytys etenisi mahdollisimman luonnollisesti. --"

Vastauksista 39 %:ssa (n= 15) oli maininta liikkumaan kannustamisesta synnytyksen hoidossa. Kättilöt ohjasivat synnyttäjää olemaan liikkeellä ja hakeutumaan hänelle itselleen miellyttävimpään asentoon. Kättilöt kuvasivat rohkaisevansa äitejä erityisesti pystyasentoihin ja asentojen vaihteluun. Kättilöt kertoivat pyrkivänsä motivoimaan naista kokeilemaan erilaisia ponnistusasentoja. Liikkumaan kannustamista kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

"--. Motivoin äitiä liikkumaan ja olemaan pystyasennossa, --."

"--. Mahdollisuuksien mukaan kannustan kokeilemaan eri asentoja myös ponnistusvaiheessa. --"

Vastauksista 18 %:ssa (n= 7) nähtiin synnyttäjän perustarpeista huolehtiminen osana normaalin synnytyksen edistämistä. Kättilöt kuvasivat huomioivansa synnyttäjän riittävän energiansaannin kehottamalla äitiä juomaan sekä pitämällä huolta synnyttäjän hyvästä verensokeritasosta. Äitejä kannustettiin virtsaamaan riittävän usein, mutta tarvittaessa kättilöt kertoivat tyhjentävänsä rakon katetroiden. Perustarpeista huolehtimista kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

"--. Pyrin ponnistusvaiheessakin huolehtimaan synnyttäjän perustarpeista, eli verensokerin, juomisen/nesteytyksen ja virtsan tulon, sillä häiriö niissä huonontaa ennustetta normaaliin ulosauttoon. --"

Edellä kuvattujen pääluokkien lisäksi vastauksissa oli yksittäiset maininnat myös öljyn ja lämpimien kääreiden käytöstä välilihan hoidossa ja sikiön hyvinvoinnin seuraamisesta.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä selvitettiin, miten normaaliuden edistäminen ilmenee kätilöiden toiminnassa synnytyksen ponnistusvaiheessa ja mitkä ovat kätilöiden käsitykset normaalista synnytyksestä edistävistä käytännöistä. Tarkasteltavia aihealueita ovat ponnistusajan kohdan valinta, ponnistusasentojen ja -tekniikan ohjaaminen, välilihan hoito ja episiotomia, myönteisen yhteistyösuhteen muodostaminen, synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukeminen, liikkumaan kannustaminen sekä perustarpeiden huomiointi.

WHO:n (1996, 24) suositusten mukaan lapsen voidaan antaa laskeutua rauhassa synnytyskanavassa sekä odottaa äidin omaa ponnistamisen tarvetta. Ponnistusajankohdan valinnan suhteen kätilöt toimivat suosituksen mukaisesti synnytyksen normaaliutta edistäen. Vaikka kätilötyön oppikirjassa (Raussi-Lehto 2007, 253) todetaan yhdeksi ponnistusvaiheen ehdoksi tarjoutuvan osan näkyvissä oleminen, vastauksista oli nähtävissä, että suurin osa kätilöistä ohjaa synnyttäjää ponnistamaan ennen kuin sikiön pää on näkyvissä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kätilöt edistivät synnytyksen normaalia kulkua antaen synnyttäjälle riittävästi tietoa eri ponnistusasennoista sekä kivunlievitysmenetelmien vaikutuksista asentojen valintaan. Kuvatessaan vapaasti omaa toimintaansa kuitenkin vain muutamit kätilöt kertoivat edistävänsä normaalia synnytyksestä motivoimalla synnyttäjää erilaisten ponnistusasentojen kokeilussa. De Jongen ja Lagro-Janssenin (2004, 47) mukaan kätilön antamalla ohjauksella ja tuella on merkittävä vaikutus synnyttäjän päätöksentekoon ponnistusasennosta. Synnyttäjälle tulee myös kertoa erilaisien toimenpiteiden vaikutuksista hänen tehdessään valintaa (RCM 2008, 13). Aiemman tutkimusnäytön mukaan synnyttäjän tulisi itse saada tehdä tietoinen valinta ponnistusasennosta (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, 47; WHO 1996, 26–27). Kyselyyn vastanneet kätilöt kertoivat toimivansa lähes poikkeuksetta näin, mikäli synnytyksen kokonaistilanne sen salli. Synnytyksen hoitaminen selinmakuulla on todettu olevan selvästi haitallista (Rautaparta 2003, 54; WHO 1996, 26, 34). Valtaosa kätilöistä oli asiasta samaa mieltä, mutta yllättävän monet kätilöt (n= 10) totesivat synnytyksen

hoidon olevan useimmiten järkevää synnyttäjän ollessa makuuasennossa.

Kuvatessaan vapaasti omaa toimintaansa kättilöt kertoivat edistävänsä normaalia synnytystä kannustamalla synnyttäjää pystyasentoihin. Pystyasennon on osoitettu aiheuttavan synnyttäjälle vähemmän kipua, välilihan traumoja, haavainfektioita, epämukavuutta ponnistaessa, vähemmän ongelmia sikiön sydämensykkeessä ja napanuoran pH-arvoissa (WHO 1996, 26) sekä vähentävän episiotomioiden käyttöä (RCM 2008, 13; Räisänen 2007, 69). Erilaiset kalusteet ja välineet rohkaisevat naista kokeilemaan erilaisia asentoja (RCM 2008, 13). Opinnäytetyön tulosten mukaan kättilöt arvioivat antavansa riittävästi tietoa eri ponnistusasennoista, sen vuoksi heidän olisi voinut olettaa tarjoavan aktiivisemmin synnyttäjän käyttöön erilaisia välineitä mieleisen ponnistusasennon löytämiseksi. Toisaalta vastauksista oli nähtävissä, että osa kättilöistä oli tässä asiassa aktiivisempia kuin toiset.

WHO:n (1996, 35) määritelmän mukaan ohjattu, koko ajan tapahtuva ponnistaminen (ns. Valsalva-metodi) on käytäntö, joka on selvästi haitallinen tai tehoton ja joka tulisi poistaa. Naista tulisikin kannustaa noudattamaan ja seuraamaan omaa tarvettaan ponnistamiseen (RCM 2008, 16; Enkin ym. 2000, 290–291; WHO 1996, 24–25, 34–35). Opinnäytetyön tuloksista kuitenkin käy ilmi, että aktiivisen ponnistusvaiheen aikana useimmat kättilöt ohjaavat äitiä ponnistamaan ns. Valsalva-metodin mukaisesti. Tämän sijaan heidän tulisi suosia ohjauksessaan enemmän naisen omien tuntemusten mukaan tapahtuvaa ponnistamista, sillä sen on osoitettu vähentävän välilihan repeämiä (Sampelle & Hines 1999, 36) ja episiotomioiden käyttöä (Räisänen 2007, 75; Vallimies 1989, 35–36) sekä olevan edullisempaa sikiön kannalta (Enkin ym. 2000, 290–291; WHO 1996, 24–25). Kuvatessaan vapaasti omaa toimintaansa kättilöistä vain muutama mainitsi edistävänsä normaalia synnytystä kehottamalla synnyttäjää kuuntelemaan oman kehonsa viestejä ponnistamisessa.

Aiemmissa tutkimustuloksissa sikiön pään kontrolloimisesta syntymähetkellä on esitetty eriäviä mielipiteitä – toisten lähteiden mukaan sen ajatellaan lisäävän (Enkin ym. 2000, 294–295; WHO 1996, 27) ja toisten mukaan vähentävän (Pirhonen ym. 1998, 974) väliliharepeämiä. Opinnäytetyön tulosten mukaan kaikki kättilöt kontrolloivat sikiön pään syntymää ja he mainitsivatkin sen oman työskentelynsä tärkeimmäksi välilihan hoidon keinoksi. Aiempien tutkimustulosten perusteella ei ole selkeää näyt-

töä myöskään välilihaa tukevan käden merkityksestä peräaukon sulkijalihaksen repeämän ehkäisyssä. Toisaalta tukemisen nähdään suojelevan välilihaa (McCandlish ym. 1998, 1267–1268; Pirhonen ym. 1998, 974) ja toisaalta taas altistavan välilihan repeämille (Mayerhofer ym. 2002, 480). Tulosten mukaan kättilöt pitivät välilihan tukemista välilihaa suojelevana tekijänä eikä repeämille altistavana, sillä lähes kaikki kertoivat tukevansa sitä aktiivisesti. Kättilöt myös mainitsivat välilihan tukemisen kolmanneksi tärkeimmäksi käyttämäkseen välilihan suojelun keinoksi. Opinnäytetyön tuloksista voidaan siis päätellä, että kättilöt pyrkivät edistämään normaalia alatiesynnytystä suojelemalla välilihaa vakavilta repeämiltä kontrolloimalla sikiön pään syntymistä sekä tukemalla välilihaa.

Rutiininomainen ihokarvojen poistaminen välilihan alueelta kuuluu käytäntöihin, jotka ovat selvästi haitallisia tai tehottomia ja jotka tulisi poistaa (WHO 1996, 34–35). Tässä asiassa tutkimukseen vastanneet kättilöt kertoivat toimivansa pääasiassa suosituksen mukaan. Välilihan hieromisen ja venyttämisen tarpeellisuuteen ponnistusvaiheen aikana suhtaudutaan eri tavoin tutkimuksissa. Tutkimustulosten mukaan siitä ei ole todettu olevan hyötyä (Stamp ym. 2001, 1277), mutta mikäli synnyttäjä kokee välilihan hieromisen miellyttäväksi, ei sillä ole todettu olevan negatiivisia vaikutuksia (Raussi-Lehto 2007, 255). WHO (1996, 35) luokittelee välilihan hieromisen ja venyttämisen käytäntöihin, jotka ovat selvästi haitallisia tai tehottomia ja jotka tulisi poistaa. Aiemman tutkimustiedon ristiriitaisuus sekä synnyttäjien mieltymykset saattoivat vaikuttaa kättilöiden toimintaan: opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että puolet kättilöistä ohjasi sormin synnyttäjää löytämään "oikean ponnistussuunnan" ja valtaosa kättilöistä hieroi välilihaa öljyllä tai liukasteella. Lämpimien kääreiden käytön eduista ponnistusvaiheen aikana ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä (Eason ym. 2000, 469). Oletettavasti myös vastaajien toimintatavat lämpimien kääreiden käytöstä vaihteli tästä syystä.

Episiotomian käyttöä on aikaisemmin puollettu kirjallisuudessa, koska esimerkiksi sen korjaamisen on oletettu olevan repeämää helpompaa (WHO 1996, 28). Myöhemmin on kuitenkin todettu, ettei tätä väitettä voida todistaa (Enkin ym. 2000, 295; WHO 1996, 28). Myös kättilöt olivat lähes yksimielisiä siitä, ettei episiotomia ole järkevää tehdä tästä syystä. Episiotomian käytön indikaatioista on eri näkemyksiä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa ja syyt episiotomiale ovat osittain epäselvät. Ainoana perusteluna indikaationa episiotomian tekoon pidetään sikiön ahdinkoa ja asfyksiaa (Enkin

ym. 2000, 295; WHO 1996, 28), jonka kätilöt mainitsivatkin omassa työskentelyssään yleisimmäksi syyksi episiotomialle. Toiseksi yleisimmäksi indikaatioksi kätilöt ilmoittivat imukuppisynnytyksen, jonka myös Sariola ja Haukkamaa (2004, 330), Saarikoski (1992, 160) sekä Soiva (1968, 228) ovat maininneet perusteeksi välilihan leikkaukselle. Räisäsen (2007, 75) väitöskirjassa imukuppisynnytyksen todettiin lisäävän episiotomian käyttöä ensisynnyttäjillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kätilöt pitivät ennenaikaista sikiötä kolmanneksi yleisimpänä syynä episiotomialle. Synnytysopin oppikirjat (Uotila 2007b, 431; Saarikoski 1992, 160; Soiva 1968, 228) ohjaavatkin lievittämään sikiön päähän kohdistuvaa mekaanista painetta tekemällä episiotomian, sillä ennenaikainen sikiö on täysiaikaista alttiimpi syntymätraumoille. Tilastojen perusteella molempien sairaaloiden episiotomiaprosentit (K-S KS 27,9 % ja TAYS 31,4 %) olivat vuosina 2008–2009 hieman maamme keskiarvoa (26 %) korkeammat (Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008–2009, 2010). Ero näiden sairaaloiden episotomiaprosentissa saattaa johtua tiettyjen riskinsynnyttäjien keskittämisestä yliopistosairaaloihin. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, etteivät kätilöt kertomansa mukaan suorita episiotomiaa aiheetta ja edistävät siten normaalia synnytystä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kätilöt edistivät synnytyksen normaalia kulkua myönteisen yhteistyösuhteen avulla. Tuloksista oli kuitenkin nähtävissä, että keinot sen toteuttamiseen vaihteli kätilöstä riippuen (ks. Kuvio 7). Aiempien tutkimusten mukaan tiedon antaminen naiselle synnytyksen kulusta on tärkeää (RCM 2008, 6; Raussi-Lehto 2007, 246; Ryttyläinen 2005, 132; Liukkonen ym. 1998, 33–34). Kätilön ponnistusvaiheessa antaman kannustuksen on todettu antavan synnyttäjälle lisää voimia ponnistaa ja uskoa omaan kykyynsä synnyttää. Synnyttäjän kannustamisella on myös vahvistava vaikutus vanhemmuuteen kasvussa. (Ryttyläinen 2005, 124.) Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että kätilöt ovat samaa mieltä tiedonannon sekä kannustuksen tärkeydestä. Tulosten mukaan kätilöt huomioivat puolison tai tukihenkilön ja rohkaisivat häntä olemaan synnyttäjän tukena. Synnyttäjän on todettu hyötyvän puolison läsnäolosta (Vallimies-Patomäki 1998, 166).

Tulosten perusteella voidaan todeta, ettei kätilön läsnäoloa ja synnyttäjän toiveiden huomiointia pidetty merkittävinä normaalia synnytystä edistävinä keinoina, sillä kuva-

nessaan vapaasti omaa toimintaansa vain harvat kätilöt ($n=6$) mainitsivat ne omassa toiminnassaan normaalia synnytystä edistäviksi käytännöiksi. Tämä on merkittävä tulos, sillä kätilön läsnäololla on todettu olevan vaikutusta turvallisuuden tunteen kokemiseen (Ryttyläinen 2005, 126; WHO 1996, 12), synnytyksen kestoon, vähäisempään lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöön sekä vähäisempiin operatiivisiin alatiesynnytyksiin (Raussi-Lehto 2007, 236). Synnyttäjän toiveiden huomiointi sekä hänen osallistaminen päätöksentekoon on tärkeä osa synnytyksen hoitoa (RCM 2008, 3; Ryttyläinen 2005, 129).

Synnyttäjän mielipiteen sivuttaminen päätöksenteossa näkyi opinnäytetyön tuloksissa myös siinä, että yli puolet kätilöistä ei tehnyt päätöstä episiotomian käytöstä yhdessä synnyttäjän kanssa. Kätilöiden kuvatessa toimintaansa vapaasti hyvää vuorovaikutusta, rauhallisuutta, turvallista ilmapiiriä ja luottamusta ei mielletty tulosten perusteella merkittäviksi normaalia synnytystä edistäviksi keinoiksi. Kuitenkin kätilöt mainitsivat hyvän yhteistyön ja kontaktin synnyttäjän kanssa toiseksi tärkeimmäksi välilihan suojelun keinoksi omassa työskentelyssään. Kätilön ja synnyttäjän välinen hyvä luottamuksellinen vuorovaikutussuhde on tärkeä, sillä se vahvistaa naisen itseluottamusta (Liukkonen ym. 1998, 32–33). Kätilön rauhallisuus puolestaan lisää synnytystilanteen kiireettömyyttä ja antaa synnyttäjälle uskoa tilanteesta selviytymiseen (Ryttyläinen 2005, 126, 128).

Suomen Kätilöliitto ry. haluaa edistää synnytysten normaaliutta. Kätilöliiton käsityksen mukaan normaaliuteen pyritään tukemalla toimintaa, jossa synnytyksen luonnolliseen kulkuun puututaan mahdollisimman vähän. (Suomen Kätilöliitto ry. 2008, 3.)

Tämä sama asia käy ilmi myös opinnäytetyön tuloksista: kuvatessaan vapaasti toimintaansa kätilöt ($n=14$) nostivat tärkeimmäksi normaalia synnytystä edistäväksi asiaksi mahdollisimman vähäisen synnytyksen kulkuun puuttumisen. Kuitenkin vain harvat kätilöt ($n=7$) mainitsivat edistävänsä synnytyksen normaaliutta kannustamalla synnyttäjää lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöön.

Synnyttäjän perustarpeista huolehtiminen kuuluu synnytyksen hoitoon (ks. RCM 2008, 15; WHO 1996, 9), sillä energiansaannilla on merkittävä vaikutus synnyttäjän jaksamiseen ja kivun kokemiseen ja myös täyden virtsarakon on osoitettu lisäävän supistuskipua (Raussi-Lehto 2007, 247). Vain alle kymmenen kätilöä mainitsi edistä-

vänsä normaalia synnytystä huolehtimalla synnyttäjän perustarpeista. Toisaalta tämä tulos saattaa kertoa siitä, että kättilöt pitivät synnyttäjän perustarpeista huolehtimista enemmän tavallisena välttämättömänä hoitokäytäntönä kuin synnytyksen normaaliutta edistävänä tekijänä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tutkimuksen eettisenä lähtökohtana oli ihmisen kunnioittamista ilmentävät arvot. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyi opinnäytetyössä siten, että kättilöille annettiin mahdollisuus valita, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 25; Kuula 2006, 60–61.) Päätöksen tekemisen tueksi kättilöille kerrottiin saatekirjeessä tutkimuksesta ja tulosten käyttötarkoituksesta sekä tutkimuksen toteuttajista (ks. Kuula 2006, 60–62). Opinnäytetyön toteutuksessa huomioitiin vastaajien yksityisyys. Yksityisyyden kunnioittaminen tarkoitti kättilöiden vapautta valita, mitä tietoja he antavat sekä henkilöllisyyden salaamista. (ks. Heikkilä 2008, 32; Kuula 2006, 64–65; Mäkinen 2006, 114–115.) Mäkisen (2006, 114) mukaan lupaus anonymiteetin säilyttämisestä voi olla apuna tutkimuksen kannalta oleellisten tietojen keräämisessä, sillä silloin ihmiset vastaavat usein rehellisesti. Saatekirjeessä kerrottiin vastaamisen tapahtuvan nimettömänä ja vastauksia käsiteltävän luottamuksellisesti. Näin yksittäisen kättilön vastaukset eivät tulleet opinnäytetyön tuloksissa esiin vaan tulokset julkaistiin kokonaistuloksina.

Yksityisyyden ja luottamuksellisuuden periaatteet pätevät myös aineiston käsittelyyn ja raportointiin (ks. Kuula 2006, 64; Mäkinen 2006, 120). Opinnäytetyön tutkimusaineistoa käsiteltiin ja säilytettiin sovitulla tavalla. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella käyttäen Digium Enterprise-ohjelmaa, joka vaatii erillisen käyttäjätunnuksen sekä salasanan. Siten ulkopuolisilla henkilöillä ei ollut mahdollisuutta nähdä tutkimusaineistoa. Osa tuloksista tulostettiin raportointivaiheessa tietojen analysoinnin helpottamiseksi. Myös tulosteita säilytettiin huolellisesti eikä niitä luovutettu ulkopuolisille. Raportointivaiheessa aineistoa tarkasteltiin kokonaisuutena ja tulosten kerronnan tukena käytetyt suorat lainaukset esitettiin niin, ettei vastaajaa voi tunnistaa. Kyselylomakkeilla kerättyä tutkimusaineistoa käytettiin vain tähän opinnäytetyöhön ja tiedot hävitettiin analysoinnin jälkeen (ks. Kuula 2006, 115–116; Mäkinen 2006, 148).

Opinnäytetyön tekijältä vaaditaan harkintakykyä hänen valitessaan ja tulkitessaan eri tietolähteitä (Hirsjärvi 2009, 113). Tiedon luotettavuutta arvioitiin suhtautumalla lähteisiin kriittisesti. Opinnäytetyön lähdemateriaaliksi valittiin vain luotettavaa kotimaista ja ulkomaalaista tutkimustietoa ja kirjallisuutta. Lähteiden valinnassa pyrittiin suosimaan alkuperäisyyttä välttämällä sekundaarilähteiden käyttöä ja lähteiden aitous varmistettiin käyttämällä tiedonhaussa luotettavia tietokantoja. (ks. Mäkinen 2006, 128.) Opinnäytetyössä on käytetty tuoreinta saatavilla olevaa tietoa. Tietolähteitä tulkitessa on toimittu puolueettomasti esittämällä rehellisesti myös tutkijoiden omien käsitysten kanssa ristiriidassa oleva aineisto. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 113, 310.) Kirjoittaja on vastuussa kirjoittamastaan tekstistä ja käyttämistään viittauksista. Asianmukainen lähteiden käyttö kertoo opinnäytetyön tekijän perehtyneisyydestä oman alansa tutkimustietoon. Opinnäytetyön kirjallisessa raportissa on pyritty panostamaan oikeakieliseen, yksiselitteiseen ja selvään asiatyylisiin. Lähdeviittaukset on tehty huolellia. (ks. Mäkinen 2006, 123–124.)

Validiteetti ja reliabiliteetti kuvaavat yhdessä tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Heikkilä 2008, 185; Vilka 2007, 152–153). Onnistuneessa tutkimusraportissa vastaan asetettuihin tutkimusongelmiin. Tutkimus on validi eli pätevä, mikäli se on selvittänyt niitä asioita, joita sillä haluttiin selvittää (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 231; Heikkilä 2008, 186; Kananen 2008, 81). Opinnäytetyön kyselyn avulla saatiin vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Tutkimuksen validius varmistettiin suunnittelemalla tarkkaan kyselylomakkeen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältö sekä kiinnittämällä huomiota niiden muotoiluun (ks. Heikkilä 2008, 30, 186). Kyselylomakkeen väittämät pyrittiin muotoilemaan helppolukuisiksi ja yksiselitteisiksi välttämällä johdattelevia kysymyksiä.

Validiutta arvioitiin myös esitestauksen avulla. Ennen kyselylomakkeen käyttöönottoa se esitettiin viidellä loppuvaiheen kättilöopiskelijalla. Esitestauksessa arvioitiin lomakkeen loogisuutta sekä kysymysten ja vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyyttä (ks. Heikkilä 2008, 61). Palautetta saatiin väittämien vastausvaihtoehdoista. Esitestauksen perusteella vaihdettiin vaihtoehto ”usein” vaihtoehdoksi ”useimmiten” ja vaihtoehto ”harvoin” vaihtoehdoksi ”harvemmin”. Vastausvaihtoehtoja lukuun ottamatta kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia esitestauksen jälkeen.

On muistettava, että kyselylomakkeen käyttöön liittyy aina virhetulkintojen mahdollisuus. Virheiden välttämiseksi tutkijan ja kyselyyn vastaajan tulee ymmärtää kysymykset samalla tavalla, jotta tutkimustuloksia voidaan pitää pätevinä (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232; Vilka 2007, 150). Tutkijan on rehellisesti kerrottava tutkimuksensa mahdolliset virheet ja arvioitava niiden vaikutusta tuloksiin (Vilka 2007, 154). Kyselylomakkeen huolellisesta laadinnasta huolimatta huomattiin jälkikäteen asioita, joita olisi voitu tehdä toisin. Kätilöiden vastauksista heräsi epäily, oliko väittämä ”Synnytys on järkevintä hoitaa synnyttäjän ollessa makuuasennossa” ymmärretty tarkoitetulla tavalla. Myös väittämä ”Ohjaan synnyttäjää ponnistamaan vasta, kun sikiön pää on näkyvissä” olisi myöhemmän tarkastelun jälkeen vaatinut tarkennusta, esimerkiksi ”Ohjaan synnyttäjää ponnistamaan **aktiivisesti** vasta, kun sikiön pää on näkyvissä”. Tämän vuoksi kyseisistä asioista ei voitu tehdä johtopäätöksiä. Kokemattomuus tutkimuksen tekijöinä näkyi tässä asiassa.

Kanasen (2008, 81) mukaan tutkimuksen reliabiliteetin eli pysyvyyden voidaan todeta olevan kunnossa, mikäli kysely on validi. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa tarkastellaan, kuinka hyvin otos edustaa perusjoukkoa, onko otos riittävän suuri sekä mikä on vastausprosentti (Heikkilä 2008, 188; Vilka 2007, 150). Kaikki kyselyyn vastanneet kätilöt työskentelivät synnytyssalissa. Strukturoituihin kysymyksiin vastanneet 55 ja avoimeen kysymykseen vastanneet 38 kätilöä kuvaavat synnytyssaleissa työskenteleviä kätilöitä riittävästi. Myös vastausprosentti 71 on strukturoitujen kysymysten osalta riittävän korkea. Vaikka avoimen kysymyksen vastausprosentti (49 %) jäi hieman alhaiseksi, arvioidaan sen olevan riittävä, sillä kyselyyn vastanneista kätilöistä 69 % vastasi siihen. Työskentely synnytyssalissa on ajoittain hyvin kiireistä ja se on voinut olla syynä avoimen kysymyksen alhaisempaan vastausprosenttiin. Kiire saattoi vaikuttaa kätilöiden vastaamiseen myös kysymyksissä, joissa heidän tuli valita kolme omassa työskentelyssään tärkeintä välilihan hoidon keinoa ja kolme yleisintä indikaatiota episiotomialle. Molemmissa kysymyksissä kolme kätilöä oli vastannut osittain puutteellisesti jättämällä valitsematta kaikkia kolmea vaihtoehtoa. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut vastausten kokonaistuloksiin. Avoimen kysymyksen vastauksia analysoitaessa tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään kuvaamalla tarkasti prosessin kulkua ja perustelemaan luokkien muodostumista.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Ponnistusajankohdan valinnassa kätilöt toimivat synnytyksen normaaliutta edistäen antamalla lapsen laskeutua rauhassa ja odottamalla synnyttäjän ponnistamisen tarvetta ennen ponnistamisen aloitusta.
2. Kätilöt edistivät normaalia synnytystä antamalla synnyttäjille riittävästi tietoa eri ponnistusasennoista ja kivunlievitysmenetelmien vaikutuksista asentojen valintaan sekä mahdollisuuden valita ponnistusasennon. Kätilöiden tulisi motivoida synnyttäjää nykyistä aktiivisemmin erilaisten ponnistusasentojen kokeilemiseen ja tarjota synnyttäjän käyttöön erilaisia välineitä mieleisen ponnistusasennon löytämiseksi.
3. Kätilöiden tulee välttää ns. Valsalva-metodin mukaisesti tapahtuvaa ponnistamista. Ohjauksessa tulee suosia aikaisempaa enemmän naisen omien tuntemusten mukaan tapahtuvaa ponnistamista sekä kannustaa synnyttäjää noudattamaan ja seuraamaan omaa tarvettaan ponnistamiseen.
4. Kätilöt pyrkivät edistämään normaalia synnytystä suojelemalla välilihaa välttäen ihokarvojen poistamista välilihan alueelta, kontrolloiden sikiön pään syntymisnopeutta sekä tukien välilihaa. Osa kätilöistä hieroi välilihaa tai ohjasi sormin synnyttäjää löytämään "oikean ponnistussuunnan", vaikka näiden menetelmien käytön hyödyistä välilihan hoidossa on vähän tutkimustietoa.
5. Kätilöt käyttivät episiotomiaa valikoiden ja edistivät siten normaalia synnytystä.
6. Kätilöiden käsityksen mukaan normaalia synnytystä edistäviä käytäntöjä ovat myönteisen yhteistyösuhteen muodostaminen, synnytyksen luonnonmukaisen kulun tukeminen, liikkumaan kannustaminen ja perustarpeista huolehtiminen.
7. Kätilöt eivät pitäneet läsnäoloaan merkittävänä normaalia synnytystä edistävänä käytäntönä. Kätilöiden tulisi kuitenkin olla mahdollisimman paljon läsnä synnytys-huoneissa, sillä erityisesti sen on osoitettu tukevan normaalia alatiesynnytystä.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Ponnistusvaiheen osalta syntymän hoitoa ohjaavien suositusten toteutumista voitaisiin tarkastella tarkemmin syventyen yksitellen kuhunkin kätilötyön osa-alueeseen. Vällilihan hoidon osalta voitaisiin esimerkiksi tutkia eri tukemistekniikoiden tai ponnistusasentojen vaikutusta vällilihan suojeluun. Opinnäytetyön aihe voitaisiin laajentaa koskemaan synnytyksen avautumis- ja jälkeisvaihetta ja arvioida kätilön roolia normaalin alatiesynnytyksen edistäjänä myös niissä vaiheissa. Yliopisto- ja keskussairaaloiden välinen vertaileva tutkimus normaalia synnytystä edistävien hoitokäytäntöjen osalta olisi merkittävä, sillä näin saataisiin mahdollisesti selvitettyä, mistä erilaiset käytännöt sairaaloiden välillä johtuvat. Jatkossa opinnäytetyön aiheena voitaisiin tutkia kätilöiden toimintaa normaaliuden edistäjinä synnyttäjien näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista toteuttaa vastaavanlainen tutkimus ja katsoa, miten valmistumassa oleva valtakunnallinen hoitotyön suositus muuttaa syntymän hoidon aikaista kätilötyötä.

LÄHTEET

- Aasheim, V., Nilssen, A.B.V., Lukasse, M. & Reinar L.M. 2009. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1.
- Aitola, P. & Uotila, J. 2005. Peräaukon sulkijalihaksen repeämä synnytyksessä. Duodecim 121 (10), 1095-1099.
- Albers, L. 2003. Reducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching a Clinical Trial in Midwifery. Journal of Midwifery & Women's Health. Viitattu 19.5.2010. www.jmwh.com, all issues, 2003, Volume 48, Issue 2.
- Allen, R. & Hanson, R. 2005. Episiotomy in Low-Risk Vaginal Deliveries. Journal of the American Board of Family Medicine 18 (1), 8-12.
- Baghestan, E., Irgens, LM., Børdaahl, PE. & Rasmussen, S. 2010. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. Obstet Gynecol 116 (1).
- Carroli, G. & Mignini, L. 2009. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- Costa, ASC. & Riesco, MLG. 2006. A Comparison of "Hands Off" Versus "Hands On" Techniques for Decreasing perineal Lacerations During Birth. Journal of Midwifery & Women's Health 52 (2), 106-111.
- De Jonge, A. & Lagro-Janssen, AL. 2004. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 25 (1), 47-55.
- Eason, E., Labrecque, M., Wells, G. & Feldman, P. 2000. Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. Obstetrics and Gynecology 95 (3), 464-471.
- Ekblad, U. 2004. Äidin veriryhmä- ja muut immunisaatiot. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Duodecim.
- Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. 2000. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd Edition. New York: Oxford University Press.
- Erkkola, R. 2004. Sikiön kasvun hidastuminen. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Duodecim.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1. Painos. Helsinki: WSOY.
- Gould, D. 2000. Normal labour: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 31

(2), 418-427.

Halmesmäki, E. 2000. Välilihaa ei pidä leikata. Pääkirjoitus. Duodecim 116 (17), 1797-1798.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Johtaako synnytyslaitosten raju supistaminen synnytysten järjestelmälliseen ajastamiseen lääkkeillä? 2010. Viitattu 4.6.2010. www.katiloliitto.fi, ajankohtaista, Suomen Kätilöliitto ry:n 5.5.2010 julkaisema kannanotto, joka koskee synnytysten keskittämistä.

Jönsson, ER., Elfaghi, I., Rydhström, H. & Herbst, A. 2008. Modified Ritgen's Maneuver for Anal Sphincter injury at Delivery. Obstetrics & Gynecology 112 (2), 212-217.

Kananen, J. 2008. Kvantti: kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kennedy, H. 2000. A Model of Exemplary Midwifery Practice: Results of a Delphi Study. Journal of Midwifery & Women's Health 45 (1), 4-19.

Kiviniemi, T., Leinonen, K. & Haasanen, P. 2004. Säännöllisen synnytyksen hoito. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, naistentaudit ja synnytykset, synnytysyksikkö.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laine, K., Gissler, M. & Pirhonen, J. 2009. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 146 (1).

Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R. & Pirhonen, J. 2008. Decreasing the Incidence of Anal Sphincter Tears During Delivery. Obstetrics & Gynecology 111 (5), 1053-1057.

Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti, A. & Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Mayerhofer, K., Bodner-Adler, B., Bodner, K., Rabl, M., Kaider, A., Wagenbichler, P., Joura, E.A. & Husslein, P. 2002. Traditional Care of the Perineum During Birth. A Prospective, Randomized, Multicenter Study of 1,076 Women. The Journal of Reproductive Medicine 47 (6), 477-482.

McCandlish, R., Bowler, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., Garcia, J., Renfrew, M. & Elbourne, D. 1998. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. British Journal of Obstetrics and Gy-

necology 105, 1267-1268.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Paavonen, J. 2007. Raskaudenaikaiset infektiot. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Pienimaa, A-K. 2007. Kätilötyö tänään. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Pirhonen, J.P., Grenman, S.E., Haadem, K., Gudmundsson, S., Lindqvist, P., Siihola, S., Erkkola, R.U. & Marsal, K. 1998. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland - result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77 (10), 974-977.

Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Rautaparta, M. 2003. Kantamisen kausi: aika raskaudesta sylihoitoon. Helsinki: Tammi.

RCM. 2008. Evidence based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour. Good Practice Points. 4 th Edition.

Ryttyläinen, K. 2009. Hoitosuositus synnytyksen hoidosta. *Kätilölehti* 4/2009, 22–23.

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128.

Räisänen, S. 2007. Lateraalisen episiotomian käyttö synnytyksen hoidossa kätilöiden näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos, terveystieteiden opettajankoulutus.

Saarikoski, S. 1992. Synnytysopin perustiedot. Tampere: Legekustannus.

Sampselle, C. & Hines, S. 1999. Spontaneous pushing during birth: Relationship to Perineal Outcomes. *Journal of Midwifery & Women's Health* 44 (1), 36-39.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2008. Normaali synnytys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Duodecim.

Soiva, K. 1968. Synnytysopin oppikirja kätilöille. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen: toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 11.

Stamp, G., Kruzins, G. & Crowther C. 2001. Perineal massage in labour and preven-

tion of perineal trauma: randomised controlled trial. British Medical Journal 322, 1277–1280.

Stefanovic, V. 2007a. Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Stefanovic, V. 2007b. Rh- ja ABO-immunisaatiot. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Suomen Kätilöliitto ry. 2008. Näkökulmia normaalisynnytykseen. Luonnos, julkaisematon.

Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008–2009, 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.12.2010. www.thl.fi, seksuaali- ja lisääntymisterveys, lisääntyminen, synnytykset ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain, tilastoraportti kokonaisuudessaan.

Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.12.2010. www.thl.fi, seksuaali- ja lisääntymisterveys, lisääntyminen, synnytykset ja vastasyntyneet, tilastoraportti kokonaisuudessaan.

Synnytykset medikalisoitumassa - erilaisten synnytysinterventioiden määrä kasvamassa. 2008. Suomen Kätilöliitto ry:n 5.5.2008 julkaisema kannanotto. Kätilölehti 4/2008, 131.

The Maternity Care Working Party. 2007. Making normal birth a reality: Consensus statement from the the Maternity Care Working Party.

Uotila, J. 2007a. Riskiraskauden ennakointi. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Uotila, J. 2007b. Riskisynnyttäjä. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Vallimies, M. 1989. Episiotomia säännöllisessä alatiesynnytyksessä: vertaileva tutkimus kahdessa keskussairaalassa. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveydenhuollon koulutusohjelma.

Vallimies-Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana: tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Virtanen, T. 2010. Synnytysyksikköjä lakkauttamisuhan alla. Pääkirjoitus. Kätilölehti 4/2010, 3.

Välilihan repeytyminen. 2010. Viitattu 17.11.2010. www.terveysportti.fi, ICD-10, raskaus, synnytys ja lapsivuoteus, synnytyssupistusten ja synnytyksen komplikaatiot,

välilihan repeytyminen synnytyksen aikana.

Väyrynen, P. 2007. Kätilötyön etiikka. Teoksessa Kätilötyö. Toim. U., Paananen, S., Pietiläinen, E., Raussi-Lehto, P., Väyrynen & A-M., Äimälä. Helsinki: Edita.

Waldenström, U. 2007. Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth* 20, 175-180.

WHO. 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. World Health Organization. Geneva.

Ämmälä, P. 2004. Sikiöön siirtyvät infektiot. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Duodecim.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Hyvinvointiyksikkö

Hyvä kätilö!

Olemme kaksi kätilöopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksiköstä. Opinnäytetyömme käsittelee normaalia alatiesynnytystä ja sitä, miten normaaliutta voidaan edistää synnytyksen toisessa vaiheessa. Tarkoituksenamme on tuottaa tietoa synnytysyksiköiden toiminnasta normaalin alatiesynnytyksen edistäjänä ja sen pohjalta koota yhteenveto toimintatavoista ponnistusvaiheen aikana. Samalla tuloksia voidaan käyttää taustatietona laadittaessa paikallisia normaalin synnytyksen hoito-ohjeita.

Pyydämme Sinua kohteliaimmin vastaamaan kysymyksiin annettujen ohjeiden mukaan. Olemme kiinnostuneita nimenomaan Sinun näkemyksistäsi ja toivomme, että Sinulla olisi aikaa paneutua vastaamaan kysymyksiin. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Yksittäisen kätilön vastaukset eivät tule opinnäytetyön tuloksissa esiin mitenkään vaan tulokset julkaistaan kokonaistuloksina ja tiedot hävitetään analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyön ohjaajana toimii kätilö, TtT, yliopettaja Katri Ryttyläinen. Sinulla on mahdollisuus vastata kyselyyn 16.–30.9.2010. Tarvittaessa annamme mielellämme lisätietoja.

Kiitos osallistumisestasi!

Karoliina Parkkonen

Kätilöopiskelija

D6442@jamk.fi

Maiju Virta

Kätilöopiskelija

D4969@jamk.fi

Liite 2. Kyselylomake

Kyselylomake synnytyssalin kätilöille

Taustatiedot

1. Ikäsi ____ vuotta
2. Kuinka kauan olet työskennellyt synnytyssalissa?
____ vuotta (ilmoita puolen vuoden tarkkuudella)
3. Oletko työskennellyt jonkin muun sairaalan synnytyssalissa? (ympyröi)
 1. Kyllä
 2. En

Kätilötyö synnytyksen toisen vaiheen aikana

Seuraavaksi esitämme väitteitä ponnistusvaiheen hoidosta. Vastaa ympyröimällä työskentelyäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto: "Toteutuu toiminnassani..." 1=Aina, 2= Useimmiten, 3= Harvemmin, 4= Ei koskaan, 0= En osaa sanoa.

	Aina	Useim- miten	Harvem- min	Ei kos- kaan	En osaa sanoa
4. Annan lapsen laskeutua rauhassa ennen synnyttäjän ponnistamisen aloitusta	1	2	3	4	0
5. Kohdunsuun ollessa täysin auki, odotan synnyttäjän ponnistamisen tarvetta, mikäli äidin ja sikiön vointi sen sallii	1	2	3	4	0
6. Ohjaan synnyttäjää ponnistamaan vasta, kun sikiön pää on näkyvissä	1	2	3	4	0
7. Annan riittävästi tietoa eri ponnistusasennoista, jotta synnyttäjä voisi itse tehdä valinnan asennosta	1	2	3	4	0
8. Annan synnyttäjän valita itse ponnistusasennon, jos se on synnytyksen kokonaistilanteen kannalta mahdollista	1	2	3	4	0
9. Tarjoan synnyttäjän käyttöön erilaisia välineitä mie- leisen ponnistusasennon löytämiseksi	1	2	3	4	0

10. Synnytys on järkevintä hoitaa synnyttäjän ollessa makuuasennossa	1	2	3	4	0
11. Annan synnyttäjälle riittävästi tietoa kivunlievitysmenetelmän mahdollisista vaikutuksista liikkumiseen ja asentojen valintaan ponnistusvaiheen aikana	1	2	3	4	0
12. Aktiivisen ponnistusvaiheen aikana suosin toimintatapaa, jossa synnyttäjä ponnistaa kätilön häntä ohjatesa pitkään ja voimakkaasti pidättäen välillä hengitystä	1	2	3	4	0
13. Aktiivisen ponnistusvaiheen aikana suosin toimintatapaa, jossa synnyttäjä voi tehdä supistuksen aikana useita lyhytkestoisia työntöjä omien tuntemustensa mukaan	1	2	3	4	0
14. Poistan ihokarvat synnyttävän naisen välilihan alueelta	1	2	3	4	0
15. Ponnistamisen aikana ohjaan sormin synnyttäjää löytämään ”oikean ponnistussuunnan”	1	2	3	4	0
16. Tuen kädellä aktiivisesti välilihaa	1	2	3	4	0
17. Kontrollon lapsen pään syntymistä	1	2	3	4	0
18. Hieron välilihaa öljyllä tai liukasteella ponnistusvaiheen aikana	1	2	3	4	0
19. Käytän välilihan hoidossa lämpimiä kääreitä	1	2	3	4	0
20. Teen päätöksen episiotomian käytöstä yhdessä synnyttäjän kanssa	1	2	3	4	0
21. Suosin episiotomiaa, sillä mielestäni sen korjaaminen on helpompaa kuin repeämän	1	2	3	4	0

22. Mikä mielestäsi on työskentelyssäsi tärkein välilihan hoidon ja suojelun keino? Numeroi vaihtoehdoista **kolme** siten, että 1= tärkein, 2=toiseksi tärkein, 3= kolmanneksi tärkein.

- ☐ Välilihan tukeminen
- ☐ Sikiön pään syntymän kontrolloiminen
- ☐ Välilihan tukematta jättäminen ("hands poised" -tekniikka)
- ☐ Välilihan hierominen tai venyttäminen
- ☐ Liukasteen tai öljyn käyttö
- ☐ Pystyasento ponnistusvaiheessa
- ☐ Kylkiasento ponnistusvaiheessa
- ☐ Äidin sanallinen ohjaus ponnistusvaiheen aikana
- ☐ Lämpökääreen käyttö välilihaa tuettaessa
- ☐ Hyvä yhteistyö ja kontakti synnyttäjän kanssa
- ☐ Episiotomia
- ☐ Muu, mikä? _____

23. Mitkä ovat sinun tekemäsi episiotomian yleisimmät indikaatiot? Numeroi vaihtoehdoista **kolme** siten, että 1= yleisin, 2=toiseksi yleisin, 3= kolmanneksi yleisin.

- ☐ Sikiön ahdinko
- ☐ Aktiivisen ponnistusvaiheen pitkittyminen
- ☐ Ensisynnyttäjäyys
- ☐ Äidin toive
- ☐ Sikiön suuri painoarvio
- ☐ Suuri pehmytosavastus
- ☐ Matala tai korkea väliliha
- ☐ Arpinen väliliha, jonka arvioit muuten repeävän
- ☐ Äidin exhaustio
- ☐ Imukuppisynnytys
- ☐ Ennenaikainen lapsi
- ☐ Lääkärin määräys
- ☐ Muu, mikä? _____

24. Kerro vapaasti, miten edistät omalla toiminnallasi normaalia synnytystä.

Kiitos vastauksistanne!

Liite 3. Kyselylomakkeen kysymysten perustelut

Kysymykset	Kysymysten perustelu
Kysymykset 4-6	WHO:n (1996) suositusten mukaan voidaan lapsen antaa laskeutua rauhassa synnytyskanavassa sekä odottaa äidin omaa ponnistamisen tarvetta. Viivästyneellä ponnistamisella ei ole osoitettu olevan haitallisia vaikutuksia vastasyntyneelle, kun taas varhain ponnistamaan alkaneilla pihtisynnytykset olivat yleisempiä. (WHO 1996, 24.)
Kysymykset 7 ja 8	Kättilön antamalla ohjauksella ja tuella on merkittävin vaikutus synnyttäjän asennon valintaan (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, 47). Synnyttäjän tulisi itse saada valita, missä asennossa hän haluaa lapsensa synnyttää. Naista tulisi ohjata eri vaihtoehtojen kokeilemisessä ja kannustaa olemaan asennossa, joka on hänelle sekä sikiölle mieluisin, lukuun ottamatta supiinasentoa. (De Jonge & Lagro-Janssen 2004, 47; WHO 1996, 26–27.)
Kysymys 9	Ympäristö vaikuttaa synnyttäjän aktiivisuuteen. Synnytyshuoneissa tulisi olla tarjolla erilaisia kalusteita ja välineitä, jotka rohkaisevat naisia kokeilemaan erilaisia asentoja. (RCM 2008, 13.)
Kysymys 10	Synnyttäjän ohjaaminen rutiinisti makuuasentoon kuuluu käytäntöihin, jotka ovat selvästi haitallisia tai tehottomia ja jotka tulisi poistaa, sillä makuuasennon on todettu olevan epäedullista sekä synnyttäjälle että syntyvälle lapselle (WHO 1996, 26, 34).
Kysymys 11	Suonensisäiset infuusiot ja kivunlievityksenä käytetyt puudutukset saattavat vaikuttaa naisen liikkumiseen ja asentojen vaihteluun. Tämän vuoksi synnyttäjälle tulee kertoa toimenpiteiden vaikutuksista hänen tehdessään valintaa. (RCM 2008, 13.)
Kysymykset 12 ja 13	Ei ole olemassa näyttöä siitä, että naista tulisi ohjata milloin ja miten hänen täytyy ponnistaa. Naista tulisikin kannustaa noudattamaan ja seuraamaan omaa tarvettaan ponnistamiseen. (RCM 2008, 16.) Ohjattu, koko ajan tapahtuva ponnistaminen toisen vaiheen aikana kuuluu käytäntöihin, jotka ovat selvästi haitallisia tai tehottomia ja jotka tulisi poistaa (WHO 1996, 35).
Kysymys 14	Rutiininomainen ihokarvojen ajelu välilihan alueelta kuuluu käytäntöihin, jotka ovat selvästi haitallisia tai tehottomia ja jotka tulisi poistaa (WHO 1996, 34).
Kysymys 15 ja 18	Välilihan hierominen ei vähennä riskiä kipuun, yhdyntäkipuihin sekä virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyyteen. Toisaalta se ei myöskään lisää todennäköisyyttä, että väliliha säilyisi vahingoittumattomana. (Stamp ym. 2001, 1277.) Mikäli synnyttäjä kokee välilihan hieromisen miellyttäväksi, ei sillä ole todettu

	olevan negatiivisia vaikutuksia (Raussi-Lehto 2007, 255). WHO:n (1996, 35) suositusten mukaan välilihan hierominen tai venyttäminen ponnistusvaiheen aikana on käytäntö, joka on selvästi haitallinen tai tehoton ja joka tulisi poistaa.
Kysymykset 16 ja 17	Tukemalla välilihaa hands on -tekniikan mukaisesti voidaan ehkäistä välilihan spontaaneja traumoja (Enkin ym. 2000, 294–295; WHO 1996, 27). Naiset, joiden välilihaa tuettiin aktiivisesti, kokivat vähäisempää kipua kymmenen päivän kuluttua synnytyksestä (McCandlish ym. 1998, 1267–1268). Vaikeita välilihan repeämiä esiintyy huomattavasti vähemmän silloin, kun kätilö kontrolloi sikiön pään syntymää ja tukee välilihaa (Pirhonen ym. 1998, 974). WHO (1996, 35) on luokitellut välilihan tukemiseen ja sikiön pään syntymän kontrolloimiseen liittyvät menetelmät käytännöiksi, joiden suositeltavuudesta ei ole riittävästi näyttöä ja joihin tulee sen vuoksi suhtautua varauksella.
Kysymys 19	Lämpimien kääreiden käytön eduista ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä (Eason ym. 2000, 469).
Kysymys 20	Synnyttäjän toiveiden huomiointi sekä hänen osallistaminen päätöksen tekoon on tärkeä osa synnytyksen hoitoa (RCM 2008, 3; Ryttyläinen 2005, 129). Oleellista ei ole se, toteutuuko naisen valinta aina, vaan merkityksellisempää on se, että hänen kanssaan on keskusteltu eri vaihtoehdoista ja annettu todellinen mahdollisuus päätöksentekoon (Ryttyläinen 2005, 130).
Kysymys 21	Episiotomian käyttöä on aikaisemmin puollettu kirjallisuudessa, koska sen korjaamisen ja parantumisen on oletettu olevan repeämää helpompaa (WHO 1996, 28). Ilmi tulleita episiotomian käytön etuja ei voida kuitenkaan todistaa (Enkin ym. 2000, 295; ks. Halmesmäki 2000, 1797; WHO 1996, 28). Sen sijaan episiotomian rajoitettua käyttöä tulisi suosia (Carroli & Mignini 2009, 6; Enkin ym. 2000, 295–296; WHO 1996, 28).
Kysymys 22	Synteesi aiemmin esitetyistä perusteluista.
Kysymys 23	Episiotomian käytön indikaatioista on eri näkemyksiä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa ja syyt episiotomialle ovat epäselvät. Joissakin tapauksissa sen tekeminen on perusteltua kuten sikiön ahdinko ja asfyksia (Enkin ym. 2000, 295; WHO 1996, 28;). Episiotomian indikaatioita ovat myös pihti- ja imukuppisynnytys, suuri pehmytosavastus sekä perätilasynnytys (Saarikoski (1992, 160). Näiden lisäksi syiksi on mainittu välilihan korkeus tai arpisuus (Soiva 1968, 228). Episiotomian tekemisen on esitetty olevan aiheellista myös hoidettaessa ennen aikaista synnytystä (Uotila 2007b, 431; Saarikoski 1992, 160; Soiva 1968, 228). Synnytystä hoitavan ammattihenkilön tulee osata arvioida välilihan repeämisen todellinen vaara ja episiotomian tarve (WHO 1996, 28).
Kysymys 24	Avoin kysymys, jossa kätilöt kertovat vapaasti, miten he edistävät omalla toiminnallaan normaalia synnytystä.